

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

**“RELACIÓN DE LAS PÉRDIDAS SENSORIALES ÚNICA O DUAL CON
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN UNA CIUDAD DEL
DEPARTAMENTO DE SUCRE, 2015”**

KARINA MARGARITA UCROS FUENMAYOR

**Tesis para optar por el grado de
“Magíster de la Universidad del Norte en Salud Pública”**

Barranquilla, Septiembre 2016



**“RELACIÓN DE LAS PÉRDIDAS SENSORIALES ÚNICA O DUAL CON
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN UNA CIUDAD DEL
DEPARTAMENTO DE SUCRE, 2015”**

**Karina Margarita Ucrós Fuenmayor
Candidato a Magister en Salud Pública**

**Rafael De Jesús Tuesca Molina
Director: Trabajo de Grado Maestría**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE
BARRANQUILLA
2016**



ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.

DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

RAFAEL TUESCA MOLINA.

DIRECTOR DE TESIS.

RAFAEL TUESCA MOLINA.

COORDINADOR DE MAESTRÍA.

JURADO 1.

JURADO 2.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis profesores, compañeros y a todas las personas que han contribuido con mi desarrollo académico, principalmente, y como consecuencia a mi crecimiento personal.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la pérdida sensorial única o dual con la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de la ciudad de Sincelejo- Sucre.

Propósito: se espera que los resultados de éste estudio se constituyan en la base para la implementación de programas de promoción y prevención integral al adulto mayor que vayan más allá de la vigilancia del riesgo específico donde se incluyan elementos que permitan brindar, desde la salud, calidad de vida a las personas.

Metodología: se desarrolló un estudio descriptivo cuantitativo correlacional de corte transversal a 234 sujetos adultos mayores a partir de los 60 años, que asisten al Programa de Promoción y Prevención Adulto Mayor, Riesgo Cardiovascular, de una Institución Prestadora de Salud, privada de la ciudad de Sincelejo- Sucre, a quienes se les realizó una encuesta sociodemográfica, valoración de la agudeza visual y auditiva y una prueba tamiz de síntomas de depresión, los resultados se agruparon por categorías y se analizó por técnicas estadísticas descriptivas para datos categóricos y pruebas Chi-cuadrado; el análisis se analizó a través del paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: La prevalencia de la pérdida dual fue del 73,5% y de la única del 24,8%; entre los individuos con pérdida sensorial dual y síntomas de depresión el 6,41% eran hombres y el 2,99% mujeres, en el rango de edad de 60 a 69 años y se observó relación de dependencia entre la pérdida sensorial dual, el estado civil y los síntomas de depresión ($p=0,005$). Las pérdidas sensoriales únicas fueron de mayor prevalencia entre las mujeres, en el rango de 60 a 69 años, solteros, de estrato medio, con grado escolar profesional y con ocupación docente. Las pérdidas sensoriales duales fueron más frecuentes en hombres, en el rango de 80 años o más, en grados de escolaridad bajo, sin ocupación y de estado civil separados.

Conclusión: Los hallazgos observan una relación de dependencia entre las pérdidas sensoriales duales, estado civil y síntomas de depresión y el estar casado se muestra como un factor que disminuye la posibilidad de depresión, sin embargo no se pudo establecer una relación de causalidad entre la pérdida sensorial dual, los síntomas de depresión y el estado civil. Los porcentajes de las pérdidas sensoriales duales están por encima de los reportados en diferentes

estudios; pero la prevalencia de individuos con pérdida dual y síntomas de depresión sigue tendencias coincidentes con investigaciones previas, por lo que es pertinente desarrollar estrategias de prevención enfocadas a varones a temprana edad para una atención integral e integrada.

Palabras claves: adulto mayor, pérdida visual, pérdida auditiva, pérdida sensorial dual, depresión.

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the single or dual sensory loss with the presence of symptoms of depression in elderly people in the city of Sincelejo- Sucre.

Purpose: It is expected that the results of this study will constitute the basis for the implementation of programs of promotion and integral prevention to the elderly that goes beyond monitoring the specific risk including elements to enhance their quality of life.

Methodology: A correlational quantitative descriptive cross-sectional study of 234 adult subjects aged from 60 years attending the Program for Promotion and Prevention for the elderly with cardiovascular risk, from a private health fund in the city of Sincelejo- Sucre whom underwent a demographic survey, assessment of visual and auditory acuity and depression symptoms sieve test, the results were grouped into categories and analyzed by descriptive statistical techniques for categorical data and Chi-square tests; the analysis was analyzed through SPSS version 22.

Results: The prevalence of dual loss was 73.5% and only 24.8% among individuals with dual sensory loss and symptoms of depression were 6.41% men and 2.99% women in the age range 60 to 69 years and dependent relationship between dual sensory loss, marital status and symptoms of depression ($p = 0.005$) was observed. The only sensory losses were most prevalent among women, in the range 60 to 69 years old, single, middle class, teachers. Dual sensory loss were more common in men, in the range of 80 years old or more, separated, with low school grades and no occupation. The prevalence of dual loss was 73.5% and only 24.8%.

Conclusions: The findings observed a relationship of dependency between dual sensory loss, marital status and symptoms of depression and being married is shown as a factor that decreases the chance of depression, but could not establish a causal link between loss dual sensory, symptoms of depression and marital status. The percentages of dual sensory loss are above those reported in different studies; but the prevalence of individuals with dual loss and symptoms of depression follows a trend and coincide with previous researches, so it is appropriate to develop strategies of prevention aimed at younger men to offer a more comprehensive and integrated care.

Keywords: elderly, vision loss, hearing loss, dual sensory loss, depression.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	17
1.1 MARCO TEORICO	17
1.2 ESTADO DEL ARTE	32
2. OBJETIVOS	39
2.1.1 Objetivo General	39
2.1.2 Objetivos Específicos	39
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	41
4.1 TIPO DE ESTUDIO	41
4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	41
4.2.1 Población	41
4.2.2 Muestra	42
4.3 INSTRUMENTOS	42
4.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	43
4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	44
4.6. CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES	44
4.6.1 Variables de estudio	44
5. RESULTADOS	48
6. DISCUSIÓN	80
7. CONCLUSIONES	90
8. RECOMENDACIONES	92
ANEXOS	100

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 1. Características de las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.	49
Tabla Nº 2. Localización de las pérdidas auditivas de los sujetos de estudio	50
Tabla Nº 3. Agudeza Auditiva de los sujetos de estudio	50
Tabla Nº 4. Prevalencia Pérdidas auditivas y Datos sociodemográficos	51
Tabla Nº 5. Localización de Pérdida visual de los sujetos de estudio.	52
Tabla Nº 6. Clasificación de la agudeza visual de los sujetos de estudio	52
Tabla Nº 7. Prevalencia Pérdida visual y Datos sociodemográficos	53
Tabla Nº 8. Clasificación de pérdidas sensoriales de los sujetos de estudio.	54
Tabla Nº 9. Prevalencia Pérdida sensorial única o dual y Datos sociodemográficos	55
Tabla Nº 10. Clasificación de los síntomas de depresión de sujetos de estudio	56
Tabla Nº 11. Prevalencia Síntomas de depresión y Datos sociodemográficos	57
Tabla Nº 12. Pérdidas visuales, según el género y síntomas de depresión.	58
Tabla Nº 13. Pérdidas visuales, según la edad y síntomas de depresión.	59
Tabla Nº 14. Pérdidas visuales, según estado civil y síntomas de depresión.	60
Tabla Nº 15. Pérdidas visuales, según estrato socio económico y síntomas de depresión.	61
Tabla Nº 16. Pérdidas visuales, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.	62
Tabla Nº 17. Pérdidas visuales, según ocupación y síntomas de depresión.	63
Tabla Nº 18. Pérdidas auditivas, según el género y síntomas de depresión	64
Tabla Nº 19. Pérdidas auditivas, según la edad y síntomas de depresión.	65
Tabla Nº 20. Pérdidas auditivas, según estado civil y síntomas de depresión.	66

Tabla Nº 21.	Pérdidas auditivas, según estrato socio-económico y síntomas de depresión.	67
Tabla Nº 22.	Pérdidas auditivas, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.	68
Tabla Nº 23.	Pérdidas auditivas, según ocupación y síntomas de depresión.	69
Tabla Nº 24.	Pérdida sensorial única y dual, según el género y síntomas de depresión.	70
Tabla Nº 25.	Pérdida sensorial única y dual, según la edad y síntomas de depresión.	71
Tabla Nº 26.	Pérdidas sensoriales única y dual, según estado civil y síntomas de depresión.	72
Tabla Nº 27.	Pérdidas sensoriales única y dual, según estrato socio-económico y síntomas de depresión.	73
Tabla Nº 28.	Pérdidas sensoriales única y dual, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.	74
Tabla Nº 29.	Pérdidas sensoriales única y dual, según ocupación y síntomas de depresión.	75
Tabla Nº 30.	Asociación entre características sociodemográficas y Síntomas de depresión en los adultos mayores con presencia de pérdida sensorial (única o dual).	76
Tabla Nº 31.	Asociación estadística de variables sociodemográficas con síntomas de depresión y pérdida visual.	77
Tabla Nº 32.	Asociación estadística de variables sociodemográficas con síntomas de depresión y pérdida auditiva.	78
Tabla Nº 33.	Cálculo de OR para variables asociadas con el riesgo de depresión en los adultos mayores con presencia de pérdida sensorial única o dual.	79

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Autorización Comité Bioética	101
Anexo 2. Instrumento de Recolección de la Información	102
Anexo 3. Consentimiento Informado	104
Anexo 4. Autorización Sitio Investigación	106
Anexo 5. Operacionalización variables	107

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y Justificación.

Planteamiento del Problema.

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU)¹, el aumento de la esperanza de vida y la disminución en la tasa de fecundidad ha originado que la proporción de personas mayores de 60 años este aumentando rápidamente, más que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo; según La Organización Mundial de la Salud (OMS)² entre los años 2000 a 2050 dicha proporción pasará del 12 al 22%, esto en números absolutos significa que el aumento previsto es de 605 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años.

Colombia no es ajena a esta realidad, ya que según la Fundación Saldarriaga y Concha³ en el país existe un aumento notorio de la población adulta mayor, especialmente en el porcentaje de los más viejos (80 años o más), proporción que en el período 1990 a 2003 creció a un promedio anual del 4%. Según el Censo del DANE 2005⁴ para ese año la población colombiana de adultos de 60 años y más era de 3.224.959 personas con una proyección para el año 2015 de 4.417.966 adultos mayores.

El departamento de Sucre y al municipio de Sincelejo, siguen la misma tendencia de aumento, evidente especialmente en el porcentaje de los más viejos. El Censo del año 2005⁴ plantea que para ese mismo año la población total del departamento era 772.010 personas y la población correspondiente a adultos de 60 años o más era de 65.837 personas, con una proyección para el año 2015 de 89.734 adultos mayores. Con respecto al Municipio de Sincelejo como lo anota Villarreal y Month⁵ basado en los datos de Indicadores Básicos del año 2010, del entonces Ministerio de la Protección Social, para ese mismo período se registró una población de 256.249 habitantes de los cuales 24.126 eran personas mayores de 60 años y según datos obtenidos verbalmente con la Secretaria de Salud Municipal para el año 2014 la población de adultos mayores de la ciudad fue de 25.867 personas.

Es por ello que siendo el envejecimiento un proceso progresivo e irreversible donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que determinaran no solo el alargamiento de la vida sino también la calidad de vida⁶ y dado el incremento de la población mayor que son los que más demandan atención en salud como consecuencia de la comorbilidad y los cambios físicos, psicológicos y funcionales inherentes al propio proceso de envejecimiento⁵ se prevé que cada día habrá una mayor prevalencia de enfermedades crónicas dependientes de la edad, y entre estas se encuentran las relacionadas con los órganos de los sentidos⁷, las cuales ocupan un lugar destacado y recientemente se les ha reconocido como un serio problema de salud pública⁸

Dentro de las enfermedades de los órganos de los sentidos se encuentran las pérdidas sensoriales (visuales o auditivas), según lo afirma la OMS², estas pérdidas son un padecimiento que sufren los adultos mayores tanto en países en vía de desarrollo como en países desarrollados. Las pérdidas sensoriales traen como consecuencia un deterioro en la calidad de vida lo cual se ve reflejado en múltiples esferas especialmente en el ámbito social, mental, emocional y funcional del ser humano⁸

Teniendo en cuenta lo anterior surge el interés por plantear la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la pérdida sensorial, única o dual con la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de la ciudad de Sincelejo, Sucre?.

Justificación.

La OMS⁹ afirma con respecto a la prevalencia de las pérdidas auditivas que más del 5% de la población mundial, 360 millones de personas, padecen pérdida de audición discapacitante; de ellos 328 millones son adultos. En todo caso en los diferentes países se ha mostrado una prevalencia muy variable entre el 30 y 70%, por ejemplo en Estados Unidos se calcula una prevalencia de pérdida auditiva de hasta el 40% en la población mayor de 50 años y de más de 80 % en los mayores de 80 años⁹. En España más de 825.000 personas presentan pérdida de la capacidad auditiva, de los que aproximadamente el 70% son mayores de 65 años⁷.

En Colombia según el Censo General del DANE del año 2005⁴ con un total de población de 45.325.260 personas, el 6,3% de ellos (2.624.898) presentaron alguna discapacidad permanente; de ese porcentaje de población con discapacidad el 17,3% de individuos (455.718) presentaron una discapacidad

auditiva equivalente. El mismo registro muestra más personas del sexo masculino con dificultades para oír representado en un 52% en comparación con el 48% equivalente a mujeres con la misma dificultad. Con relación a la edad de estas personas con discapacidad auditiva el 51% tenían 60 años o más¹⁰. En Bogotá un estudio sobre problemas de audición en adultos mayores encontró que la prevalencia de alteraciones auditivas de este grupo etario para el año 2012 fue del 13,45%⁸.

En cuanto a los problemas visuales, la OMS¹¹ estima que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39.000.000 son ciegas y 246.000.000 presentan déficit visual; de estas el 80% se encuentran en países en vía de desarrollo y alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años. Si bien este grupo de edad apenas representa un 20% de la población mundial, con una población anciana en aumento en muchos países, más personas estarán en riesgo de sufrir discapacidad visual por enfermedades oculares crónicas y envejecimiento.

En Colombia de la población con discapacidad permanente existente, el 43,2% presentaron alguna discapacidad visual, y los departamentos que presentaron la mayor tasa de ceguera fueron Chocó, Huila y Sucre¹².

Comúnmente las deficiencias auditivas y visuales son investigadas por separado en el abanico de indagaciones que se han realizado, pero éstas, a menudo se presentan juntas en las personas adultas¹³; actualmente las pérdidas concurrentes de la audición y la visión o pérdida sensorial dual están recibiendo creciente atención en la literatura y la investigación. La prevalencia de pérdida sensorial dual entre la población de Colombia no se conoce y esto ocurre en muchos países; por ejemplo, en los Estados Unidos la información que se conoce no es muy amplia; un estudio de Perlmutter et al.,¹⁴ anota que investigadores hallaron en ese país entre los años 1993 y 1997 una prevalencia de pérdidas sensoriales duales del 8.6% en los adultos mayores y en otro estudio, reportado por los mismos autores, se encontró que el 23% de las personas mayores 81 años tienen algún grado de discapacidad sensorial dual.

A pesar de que a nivel mundial existen estudios sobre la relación de las pérdidas sensoriales con la presencia de síntomas de depresión, en Colombia es poco lo que se ha indagado sobre éste tema, especialmente en la población adulta mayor; con respecto a Latinoamérica y el Caribe en las investigaciones realizadas sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) se ha demostrado ampliamente que la

calidad de vida de las personas con pérdida auditiva se ve comprometida, dado que esta se relaciona con el aislamiento, la depresión, la ansiedad y el deterioro cognoscitivo, además, quienes sufren de pérdida de la audición moderada o grave son más propensos que los individuos sanos al deterioro en la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria⁸.

Un estudio, de revisión bibliográfica, realizado por Schneider, J et al.,¹⁵ encontró que las deficiencias duales disminuyen la comunicación y el bienestar y pueden causar aislamiento social, depresión, independencia reducida, deterioro cognitivo y mortalidad; sin embargo aunque intuitivamente se pueda pensar que las discapacidad dual puede tener impactos adicionales en comparación con la discapacidad sensorial única los resultados de las investigaciones no son concluyentes.

Capella-McDonnell¹⁶ reporta varios estudios que sostienen que variables como edad avanzada, pertenecer al género femenino, tener mala salud, bajo estatus económico y percibir falta de apoyo social además de la pérdida visual y auditiva se relacionan con depresión en los ancianos.

Por otra parte, el grado de pérdida sensorial puede tener un efecto mayor en la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, un estudio realizado en 2004 para determinar los efectos de las pérdidas auditivas moderadas en la salud mental y bienestar subjetivo de una población de Nord-Trøndelag encontró que las pérdidas auditivas cuando eran con compromiso en las frecuencias agudas o medias no tenía mayor consecuencia en la salud mental de la persona si no estaban también afectadas las frecuencias graves¹⁷.

Es así que, aunque muchos adultos mayores se mantienen activos al interior de sus familias y en su vida comunitaria, otro grupo cada vez más creciente de ellos necesitan la intervención de servicios sociales y sistemas médicos para manejar sus enfermedades crónicas, dentro de ellas las pérdidas sensoriales. Dado que el número de personas mayores aumenta es necesario que la sociedad y los sistemas de salud anticipen los recursos necesarios para soportar el desempeño de estos, con el fin de que puedan lograr que las personas envejezcan en estado exitoso¹⁴.

En relación a la intervención de las pérdidas auditivas de tipo sensorial no existen tratamientos curativos, sino más bien de rehabilitación o habilitación; respecto a las pérdidas visuales se cuenta con tratamientos curativos efectivos para las

causas más comunes, por lo tanto las necesidades de intervención deberán ir dirigidas a la prevención mediante el adecuado control y modificación del factor de riesgo y técnicas de monitoreo periódicos¹⁸; sin embargo no se están incluyendo tamizajes auditivos dentro de la atención primaria en nuestro sistema de salud, específicamente en la población de jóvenes y adultos. En cuanto a los tamizajes visuales, estos si se aplican, aunque no existen soportes investigativos concluyentes sobre la efectividad, pero pueden alertar la temprana aparición del trastorno.

Con respecto a la depresión existen muchos tratamientos relacionados con la farmacoterapia y la psicoterapia, no obstante, las investigaciones han reportado que en los casos de las personas que ven la depresión en términos de soledad, que establecen conexiones cercanas entre las condiciones médicas y la depresión o que tienen modelos culturales de la depresión que enfatizan los aspectos sociales, no parecen aceptar medicamentos como una primera línea de tratamiento, por lo tanto, se requieren intervenciones psicosociales para los casos menos graves con “filtros” más expeditos a los niveles más especializados en caso de necesitarse¹⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior se demandan programas de promoción y prevenciones dinámicos que no solo aborden los riesgos específicos del adulto mayor sino que promuevan acciones en pro del buen desarrollo psicomotriz, sensorial, físico, cognitivo, social y psicológico a fin de retardar la dependencia del adulto mayor, desde todo el ciclo vital.

1. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

1.1 MARCO TEORICO

El envejecimiento poblacional acelerado al que se están enfrentado las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo ha dado lugar a una mayor atención de esta temática, principalmente en los profesionales de la salud, con el propósito de elaborar e iniciar las medidas adecuadas que permitan lograr conseguir una sociedad en la que las personas vivan donde vivan puedan hacerlo con total plenitud y dignidad dadas las consecuencias que este envejecimiento puede tener en la calidad de vida de las personas, ya que la vejez, según Medellín et al., “como todo proceso humano se puede influir en algunos aspectos y participar en él, mejorándolo y planificándolo”⁶, desde todas las etapas del ciclo vital.

CICLO VITAL

Es entendido como un concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo social es producto de la sucesión de experiencias en las esferas biológico, psicológico y social, ello quiere decir que existe un proceso continuo desde el nacimiento hasta la vejez y por esta razón las experiencias y las condiciones de una etapa de la vida condicionan la siguiente ²⁰.

Etapas del Ciclo Vital:

Estas varían según los diferentes autores, pero en resumen los expertos coinciden en que se cuenta con cuatro períodos esenciales: Infancia, Adolescencia, Edad Adulta y Vejez ²¹.



VEJEZ:

No existe un acuerdo sobre el significado del término vejez ya que este ha sido y es diferente para las distintas culturas y en las diferentes etapas de la historia, por lo tanto al ser un término abstracto se ha recurrido a diferentes criterios para explicarlos ²²:

Criterio Cronológico: es el que más se utiliza y define la vejez en función de la edad del individuo. Después de la infancia, la adolescencia y la edad adulta se habla de madurez que corresponde a la edad del primer envejecimiento. Según la OMS las edades de interés geriátrico son: edad de en medio la cual oscila entre los 45 y 60 años, período de senectud gradual de 60 a 72 años, vejez declarada de los 72 a 90 años y a partir de los 90 años se habla de grandes ancianos o gerontes²².

Criterio biológico: relacionado al desgaste de órganos y tejidos, marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible; sin embargo a medida que aumenta la edad se envejece más lentamente ya que entre los 45- 50 años ocurren más cambios involutivos que entre los 60 -70 años²²

Criterio Funcional: define la vejez asociándola a la pérdida de las funciones tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir equipara a la vejez con la enfermedad²²

Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que no existe ningún criterio que por sí solo defina o tipifique la vejez ya que todos ellos se centran en un solo aspecto del individuo y no consideran a la vejez de forma global²²

Sin embargo en la actualidad existen muchas definiciones sobre vejez y de ellas se concluye que la vejez es individual, que varía de acuerdo con las culturas y la carga genética, biológica y social de cada persona y su relación con el entorno, como se puede observar en las siguientes definiciones expresadas por los teóricos:

Fernández Ballesteros ²¹, afirma que la vejez es un estado de la vida en general se acepta el hecho de que cada individuo se vuelve viejo de forma diferente y que dentro de la propia vejez cabe distinguir varias etapas además de que sentirse joven es una vivencia independiente de los años cumplidos.

Según Arango et al.,³ la vejez se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia, y además es el último escalón del ciclo vital.

Rodríguez Daza²³, afirma que la vejez en el ser humano es el resultado del desarrollo del proceso del ciclo vital, el cual está enmarcado por las características de lo que ha vivido a lo largo de sus etapas a nivel individual, social, historia de salud y de determinantes de ésta, que son: estilo de vida, biología, sistema de salud y ambiente.

A su vez según Medellín et al.,⁵ vejez es el período de vida comprendido entre los 60 y 65 años hasta la muerte y recibe diferentes nombres: ancianidad, años dorados, entre otros; en nuestra sociedad, según lo manifiestan los autores la edad cronológica tiene una gran importancia a la hora de definir la vejez, sin embargo esta depende de cada individuo y es un hecho universal, irregular y

asincrónico, presente a lo largo del ciclo vital, esencialmente individual e irreversible.

Rodríguez Daza²³ plantea además, que vejez es la etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortaleza en relación con otros más jóvenes quienes fallecieron y quedaron en el camino.

Cabe anotar también, que en Colombia la Ley 1251 de 2008²⁴, define vejez como el ciclo vital de la persona, con ciertas características propias, que se produce por el paso del tiempo en el individuo.

Pero independientemente de la definición de vejez que se acoja, lo cierto es que en nuestra sociedad existe mayoritariamente un imaginario negativo que hace que la persona mayor sea relacionada con un estereotipo de deterioro, enfermedad, discapacidad y dependencia, el cual es observado incluso por las mismas personas mayores²².

Sin embargo esta actitud negativa hacia la vejez no es un fenómeno moderno, a través del tiempo cada sociedad en su contexto histórico ha otorgado un papel positivo o negativo a la vejez dependiendo del modelo de hombre imperante en cada momento; es decir que el estatus de la ancianidad depende de una combinación de muchos factores que interactúan entre sí como las tradiciones culturales, la religión, la estructura familiar y la organización de la producción²².

En las sociedades pre literatas por ejemplo, el anciano que tenía conocimiento o poseía una habilidad necesaria para el desarrollo de la comunidad recibía un buen trato; además como no existían mecanismos de información eran imprescindibles para mantener sus memorias²².

En la edad antigua la figura del anciano estuvo condicionada por las creencias religiosas, para no ofender a los dioses ya que el anciano era el mediador entre la vida y la muerte, además la institución familiar más típica fue la patriarcal donde el miembro más viejo de la familia ejercían su autoridad sobre la base de su

experiencia, sabiduría y tolerancia; los griegos por ejemplo recomendaban sus tareas políticas y administrativas a los miembros más ancianos de la comunidad²².

En la edad media el anciano era mal valorado, si bien el cristianismo promulgaba el amor al prójimo y la obligación de guardar respeto, el propio San Agustín por ejemplo consideraba que al no ser la vejez intrínsecamente perfecta, no aportaba necesariamente la sabiduría²².

En la edad moderna la actitud depende del tipo de sociedad establecida, si la sociedad es muy competitiva y la persona mayor posee una posición importante se le respeta y se tiende a conservar, pero en el caso contrario cuando ya deja de ser útil se le suele desplazar de la comunidad porque ya no cumple con los requisitos de productividad y dinamismo²².

ENVEJECIMIENTO

De acuerdo con Fernández Ballesteros²¹ así como la vejez es un estado en la vida, el envejecimiento es un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital.

Millán-Calenti definen envejecimiento “como el proceso de cambios morfo funcionales que producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo”²⁵ y afirman que no podemos saber el momento en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí se sabe es que desde el momento de la concepción, el ciclo vital del sujeto ya es finito. Algo similar plantea la OMS² cuando afirma que el envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios a nivel físico, mental, individual y colectivo.

Castanedo et al.,²⁶ proponen el envejecimiento como un conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

Según Arango et al.,³ el envejecimiento depende de múltiples variables, por ejemplo, desde una perspectiva estadística se define como aquel estado

caracterizado por las condiciones físicas y mentales que con mayor frecuencia aparecen en la población. Desde una variable biológico-funcional se habla de tres patrones de envejecimiento: el normal o usual, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental; el óptimo o competente y saludable que asocia un buen funcionamiento cognoscitivo y una adecuada capacidad física a una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad y, el envejecimiento patológico que está determinado por presencia de enfermedad.

En concordancia con lo anterior Millán- Calenti²⁵, exponen que existe un envejecimiento normal y un envejecimiento exitoso o saludable, incluyendo en este último, la baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva y mantenimiento de una vida activa en la sociedad.

Rodríguez²³, propone diferentes enfoques para definir el envejecimiento así:

Enfoque biológico: proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte, es decir es la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico, a partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario. El envejecimiento primario se enfoca en la herencia y el secundario se refiere a las pérdidas de las capacidades ocasionadas por traumas caídas o enfermedades.

Enfoque demográfico: considera la diferencia entre los grupos de tercera y cuarta edad, la primera que va desde la jubilación más o menos de los 60 años hasta los 80 años con la pérdida de la independencia, a partir de allí se considera como cuarta edad o longevidad.

Enfoque socioeconómico: dentro de éste el envejecimiento está asociado a la jubilación y se analiza desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo productivo y esto determina su posición social, la calidad y acceso a la salud, el mantenimiento de su vivienda y sus relaciones sociales.

Enfoque sociocultural: explica el envejecimiento de acuerdo con la función que cumplen dentro de la sociedad de acuerdo al cambio de roles y al tipo y cantidad de actividades que realicen.

Enfoque familiar: lo explica de acuerdo como vivan, si solos o en el núcleo familiar de sus hijos o por el contrario si logran fórmulas de convivencia y vinculación intrafamiliar y redes de amigos.

Enfoque Psicológico: se considera la vejez como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida del rol social o la participación en la comunidad determina y caracteriza a las personas mayores, por lo tanto los logros alcanzados por las personas en ese etapa del ciclo vital cumplen un papel importante en el desarrollo humano y calidad de vida para lograr la sensación de satisfacción en ese trayecto de vida.

ADULTO MAYOR

Es el calificativo en América latina para denominar aquella persona que se encuentra en la etapa última del ciclo vital (vejez). En Colombia la Ley 1251²⁴ de 2008, establece que en nuestro país, Adulto Mayor es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más, basado en los planteamientos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) quien considera que adulto mayor en países desarrollados es de 65 años o más y para países en vía de desarrollo es de 60 años o más.

PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO

La transición demográfica que está viviendo la región de América Latina en los últimos años, en contraste con los países desarrollados, donde entre 1950 y el año 2000 en la región la mortalidad cayo de una tasa de 15.8 a 6.2 muertes por mil habitantes, la fecundidad paso de una tasa global de 6 a 2.8 hijos por mujer en edad reproductiva y la esperanza de vida ganó 20 años al pasar de 51.8 a 70.6 años, trae de la mano a la transición epidemiológica definida como la disminución

de las enfermedades infecciosas y el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como resultado del envejecimiento poblacional²⁷.

La transición de la salud como producto de la relación entre la transición demográfica y la epidemiológica ha generado cambios en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores en la región y en el mundo ya que son las enfermedades crónicas discapacitantes las más prevalentes²⁸; entre esas enfermedades crónicas prevalentes como producto del envejecimiento poblacional se encuentran las pérdidas visual y auditiva, también están en gran riesgo de desarrollar artritis, trastornos del equilibrio, hipertensión, enfermedades del corazón y problemas ortopédicos, cada una de estas enfermedades por sí solas pueden limitar la funciones de la vida diaria y sus efectos se agravan sin concurren con ellas los problemas visuales y auditivos¹³.

ENFERMEDAD CRÓNICA

Según la OMS²⁹, la enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica.

Vinaccia et al.,³⁰ anota que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser sensorial (auditiva, visual, etc.), hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que un gran número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

PÉRDIDA SENSORIAL

Todos los sentidos reciben información del ambiente, esta información se convierte en impulsos nerviosos y es llevada al cerebro donde se interpreta como una sensación significativa que permite procesar y mejorar nuestra relación

con el entorno; cualquier alteración en la estructura o en el mecanismo de funcionamiento puede ocasionar una pérdida sensorial, o también denominada por la CIF como, deficiencia sensorial; las deficiencias pueden tener varias causas, una de ellas es el envejecimiento, al cambiar el deterioro biológico la forma en que los sentidos proporcionan información sobre el mundo. Estas deficiencias sensoriales, en muchas ocasiones potencialmente tratables, pueden comportar un impacto en la calidad de vida y comprometer el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas que las presentan^{25, 31, 32}.

En la vejez, esos cambios sensoriales son más notorios en la visión y la audición. Es evidente que el déficit visual y auditivo limita funcionalmente al ser humano, especialmente al anciano, tanto para tareas básicas como instrumentales, aumentando la dependencia, reduciendo la movilidad y acrecentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas. Desde el punto de vista cognitivo y social, dificultan la comunicación y las relaciones sociales, haciendo que disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y origine en ellos mayores situaciones de ansiedad y estrés³¹

Por otra parte las pérdidas sensoriales (visuales y auditivas) pueden ser únicas o duales; la Pérdida Sensorial Única, es entendida como un deterioro ya sea de la función auditiva o de la función visual y la Pérdida Sensorial Dual, es definida como cualquier combinación de deterioro funcional en la audición y la visión por lo tanto puede incluir a las personas que están sordas o que tienen hipoacusia además de ser ciegos o con pérdida visual¹³; estas pérdidas duales son poco conocidas, poco entendidas y subdiagnosticadas, particularmente en el caso de sus formas más leves, ya que no pueden ser detectadas por el individuo, o el inicio puede estar primero en un dominio a la vez (deterioro de la visión o de audición)³³

Las pérdidas sensoriales duales pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, pero según Heine, et al.,³⁴ son particularmente más frecuentes en la población adulta mayor, especialmente en los de 85 años o más, debido al deterioro gradual de su visión/audición con la edad avanzada.

Cualquier persona que padezca de una pérdida sensorial única dependerá de sus otros sentidos intactos para compensar el deterioro, desafortunadamente quien presenta un pérdida sensorial dual tiene más dificultades para compensarla,

especialmente si se encuentra en la ancianidad¹⁴; al respecto los teóricos afirman que la pérdida sensorial dual está relacionada con la salud mental y el bienestar de los adultos mayores, ya que las pérdidas sensoriales duales comprometen los dos modos principales de recepción sensorial de la comunicación: la escucha y la lectura labiofacial, limitando la información recibida del medio ambiente, haciendo esto que su vida diaria se convierta en un reto importante cuando los dos canales sensoriales están deteriorados¹³.

La pérdida sensorial dual dependiendo del grado de deterioro restringe, además de la comunicación, tareas de orientación y movilidad en los adultos mayores, que son necesarios para una circulación segura e independiente, afectando su capacidad para realizar actividades diarias cotidianas personales e instrumentales; también afectan el desarrollo social, el trabajo y la jubilación ya que ellos pueden tender a retirarse más tempranamente, que las personas sin ninguna pérdida sensorial, lo cual puede afectar en algunas ocasiones la economía ya que los ingresos pueden verse afectados primero por la disminución del ingreso económico propio del retiro y segundo por la asignación de gastos relacionados con su pérdida sensorial¹³.

En un estudio realizado citado por Heine et al.,³⁴ encontraron que existe un aumento rápido en la proporción de personas con pérdidas sensoriales duales entre los 65 años y más de edad que entre los 18 años y los 44 años de edad (6,6% Vs 1,3%, respectivamente), otros autores reportan que se ha encontrado una relación de pérdidas sensoriales duales en los adultos mayores del 8,6% y que en los adultos mayores de 81 años esa proporción aumenta al 23%¹⁴. La importancia y el impacto de las pérdidas sensoriales duales en el grupo de adultos mayores fue destacado por el estudio realizado por Brennan et al.,¹³ quienes estimaron que la prevalencia de pérdidas sensoriales duales en los mayores de 70 años y más oscila entre el 5 al 20%, y llegaron a la conclusión, basados en las tendencias de envejecimiento de la población, de que para el año 2030 en los Estados Unidos entre 3.5 y 14 millones de personas de edad avanzada desarrollarían pérdida sensorial dual.; por su parte Capella-McDonnell³⁵ manifiesta que la prevalencia de pérdida sensorial dual entre los mayores en los Estados Unidos han oscilado entre el 7,3% y el 21% dependiendo de la fuente de datos, la edad de la muestra y la manera en que se midieron la pérdida de la visión y la pérdida de la audición.

Pérdida Visual

Según la OMS¹¹ La pérdida visual se refiere a la deficiencia funcional que sufre una persona del órgano de la visión y de las estructuras y funciones asociadas, incluidos los párpados. La pérdida visual está determinada por los niveles de deterioro de la función visual y que se establece a través de la agudeza visual y/o del campo visual de cada uno de los ojos por separado³².

Esta misma organización divide en cuatro niveles la función visual:

1. Visión normal
2. Discapacidad visual moderada
3. Discapacidad visual grave
4. Ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual severa se reagrupan comúnmente en el término baja visión y el total de los casos de pérdida visual están representados tanto por los de baja visión como los de ceguera¹¹.

Agudeza Visual

Se define como la capacidad de percibir y diferenciar dos estímulos separados por un ángulo determinado, o dicho de otra manera es la capacidad resolución espacial del sistema visual; sin embargo, la agudeza visual no es solo el resultado de un ajuste óptico adecuado de las diferentes estructuras oculares (cornea, cristalino, retina, etc.), sino que depende del estado de la vía óptica y de la corteza visual. Clínicamente la agudeza visual (AV) se puede medir sin corrección y corregida, en este último caso puede ser con su corrección habitual o con la mejor corrección³⁶.

Agudeza visual sin corrección: es la AV medida sin corrección óptica (gafas o lentes de contacto). Otros autores también la denominan AV bruta o sin compensar. Suele representarse con el acrónimo AVsc.

Agudeza visual con corrección: es la AV medida cuando el sujeto utiliza gafas o lentes de contacto que pueden ser los que habitualmente utiliza o la que se obtiene al utilizar la mejor refracción posible. Suele representarse con el acrónimo AVcc.

La OMS³⁷ estableció el siguiente rango de agudeza visual:

Normal: 20/20 a 20/25

Impedimento visual leve: 20/30 a 20/60

Baja Visión: 20/70 a 20/200

Ceguera: 20/200 en adelante.

La valoración de la agudeza visual se realiza por diferentes métodos, entre ellos, el establecido a través de la escala o tabla de Snellen que es un Optotipo con figuras o letras que permite medir la agudeza visual. El sujeto evaluado se ubica a una distancia de 6 metros de la tabla de Snellen, con buena iluminación en la habitación y se le pide que lea una a una las letras (si sabe leer o las figuras si no sabe leer) desde la más grande hasta la más pequeña que pueda leer o identificar; se evalúa ojo por ojo a la vez, obstruyendo la visión del ojo no evaluado. La agudeza visual se expresa como una relación. Por ejemplo, una visión de 20/40 significa que se puede ver a 20 pies (6 m) lo que otras personas que tienen una visión normal pueden ver a 40 pies (12 m) de distancia³⁶

En un estudio citado por Perlmutter et al.,¹⁴ se encontró que el deterioro de la visión bilateral se produce en el 30% de los adultos mayores de 65 años, ello producto de condiciones comunes de los ojos como la degeneración macular, el glaucoma y las cataratas lo que puede llevar a una pérdida visual importante que afecta a las personas en su actividades ocupacionales. La aparición de la discapacidad visual en la edad adulta tiene un mayor impacto en la capacidad para completar muchas de las funciones de la vida diaria, esto altera el comportamiento de la función física, psicológica y social¹³

Pérdida Auditiva

La audición es una función importante en los seres humanos, y a medida que la edad avanza esta función puede ir deteriorándose y aparecer la pérdida

auditiva²⁵, la cual es definida como el cambio en los rangos de normalidad que trae como consecuencia una disminución en el umbral auditivo³⁸. La pérdida auditiva es otra enfermedad crónica común y se ha informado que tiene una prevalencia del 33,2% al 80% en los adultos mayores; las pérdidas auditivas dependiendo del tipo de pérdida, el grado y la capacidad de discriminación del habla en el medio, producen una interrupción en la comunicación de las personas que la padecen y afectan el desarrollo de actividades normales de la vida diaria como por ejemplo hablar por teléfono^{13,14}.

Los términos deficiencia auditiva o hipoacusia y sordera por lo general se consideran sinónimos en la literatura sobre el tema, pero realmente, si existen diferencias conceptuales entre ellas. La denominación hipoacusia es utilizada para referirse a la disminución de la sensibilidad del mecanismo auditivo, por lo tanto los sonidos tienen que ser de intensidad mayor a la normal para que puedan ser percibidos³⁸ y el término sordera se utiliza para referirse a la falta absoluta de respuesta al sonido amplificado. De acuerdo con la localización de la lesión pueden distinguirse tres tipos de hipoacusia (conductivas, perceptivas y mixtas).

Con el fin de conocer el grado de incapacidad que sufre un sujeto en situaciones de audición cotidiana para efectos sociales, educativos y de rehabilitación es necesario tener un dato que indique como está la audición en las frecuencias del habla (500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz y 4000Hz); para la definición de éste deterioro auditivo existen diferentes fórmulas entre ellas la expuesta por La Asociación Médica Americana AMA, 1942, quien propuso que para definir el deterioro auditivo de una persona se deben tener en cuenta el promedio del umbral auditivo por vía aérea de las frecuencias en tono puro de 500, 1000, 2000 y 4000Hz³⁹

La hipoacusia o pérdida auditiva se presenta de manera unilateral, lo cual significa que la audición es normal en un oído pero en el otro hay pérdida, o bilateral que se da cuando hay pérdida en ambos oídos⁴⁰. El grado de sensibilidad auditiva se evalúa a través de un audiómetro, calibrado, en un espacio acústicamente controlado (cabina Sonoamortiguada) a través de la vía aérea con tonos puros a diferentes frecuencias: 250, 500, 1000, 2000, 4000 y 8000Hz con auriculares que pueden ser de inserción o TDH39, utilizando para ello técnica descendente o ascendente, al buscar el umbral auditivo, que puede ir de 0 a 125dB, según protocolo de la Asociación Colombiana de Audiología⁴¹.

El grado de pérdida auditiva y siguiendo la clasificación propuesta por Stach (1998) referenciada por Gómez³⁸, puede ser determinado con el siguiente rango:

Audición normal en la escala de 0dB a 20dB

Hipoacusia leve en la escala de 21 dB a 40 dB

Hipoacusia moderada en la escala de 41dB a 70 dB

Hipoacusia severa en la escala de 71 dB a 90dB

Hipoacusia profunda en la escala de 90 dB a 110dB

Sordera en la escala de 110 dB a más.

DEPRESIÓN

La salud mental es un componente clave en el bienestar de todos los seres humanos en especial de los adultos mayores y se refiere, según lo cita Heine et al., “al estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a él o a su comunidad”³⁴. A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determina la salud mental de las personas; cualquier alteración en el equilibrio de estos factores puede causar una enfermedad mental; además de las causas generales de tensión con las que se enfrenta todo el mundo, los adultos mayores afrontan cambios producto de una enfermedad, del descenso socioeconómico que viene con la jubilación o una discapacidad y ese equilibrio puede verse alterado dando como resultado una mayor probabilidad de padecer una enfermedad o trastorno mental en cualquier momento de la vejez.

Trastorno mental se define como una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen en su función mental⁴².

Según lo menciona la OMS⁴³ los trastornos mentales más comunes son: la demencia, la depresión y la ansiedad y agrega que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca del 50%, pasando de 416 millones a 615 millones e indica además que un 10% de la población está

afectada; aproximadamente el 7% de las personas mayores en todo el mundo sufren de depresión unipolar y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad, entre las personas de 60 años de edad y mayores.

Si bien la vejez no es una enfermedad, en esta etapa de la vida se aumenta el riesgo de enfermar o de perder autonomía y funcionalidad, requiriendo del apoyo y cuidado brindado por una red de apoyo, la cual es entendida como todas aquellas formas de ayuda (material, económica y de información) que ofrece la sociedad. Se ha observado que sin estos soportes de apoyo familiar, amistad o institucional los adultos mayores tienen un mayor riesgo de mortalidad, de sufrir depresión, alteraciones cognitivas y/o percepción de un peor estado de salud⁵. La depresión no es en modo alguno parte necesaria y natural del envejecimiento, pero los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes en las personas de edad avanzada y son una causa que se ha encontrado para disminuir significativamente la calidad de vida de éstos y deben ser tratadas; sin embargo el diagnóstico de depresión leve es más común al de depresión severa en este grupo etario¹⁶.

En la actualidad, según Millán-Calenti²⁵, las definiciones más aceptadas de trastornos depresivos son las descritas por la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), y reporta la definición de CIE-10 sobre depresión como “aquella situación en la que el paciente sufre una bajada del humor, reducción de su energía y disminución de su nivel de actividad, en un contexto de disminución del interés de la concentración y de su capacidad para disfrutar”²⁵. La depresión es un trastorno de salud mental grave que influye en la calidad de vida de las personas³⁴.

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica⁴², como lo es una pérdida sensorial. Los adultos mayores que tienen pérdida sensorial dual son más propensos a tener problemas de salud, reducción en las actividades y roles sociales restringidos en comparación con aquellos sin pérdida sensorial o con pérdida sensorial única³⁴.

Dadas las dificultades que puede presentar el diagnóstico de la depresión en el anciano se han desarrollado instrumentos de evaluación que ha proporcionado numerosas escalas para valorar los síntomas depresivos para dicha población, aunque algunas de ellas originariamente no hayan sido diseñadas para ese grupo de edad²⁵. Entre las escalas que han sido empleadas para los ancianos se tienen entre otras:

Escala de Hamilton para la Depresión, esta fue desarrollada más como un instrumento de valoración de las intervenciones terapéuticas que como un instrumento de cribado o de diagnóstico; Escala auto aplicada de Zung (ZSDS) ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos, una crítica frecuente a éste instrumento para usar con ancianos es la utilización de respuestas graduadas; la escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS), es utilizada para valorar cambios producidos por el tratamiento; Escala de Depresión de Beck, la cual valora conductas depresivas; Escala de Cornell desarrollada específicamente para la valoración de la depresión en la demencia y la Escala Geriátrica de Depresión fue diseñada específicamente para la detección de la depresión en pacientes ancianos²⁵

La versión original de la Escala Geriátrica de Depresión es un cuestionario de 30 ítems. De esta existen varias versiones la más difundida es la de 15 ítems que se denomina Escala de geriátrica de Depresión Abreviada con un punto de corte 5/6 muestra una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% por lo tanto sustituye con ventaja, según los investigadores, la versión extensa como instrumento de cribado²⁵. Esta escala puntualiza normalidad, depresión leve y depresión severa y fue tomada como instrumento de evaluación tamiz del estado mental y emocional del adulto mayor por la Organización Panamericana de la Salud, módulo 4⁴⁴, y ha sido utilizado por varias investigaciones entre ellas la realizada por Perlmutter et al.,¹⁴

1.2 ESTADO DEL ARTE

Gómez³⁸, basada en los planteamientos de Myklebust, anota que la falta de un sentido reduce y limita el mundo de la experiencia, priva al organismo de una serie de elementos con los que trabaja la inteligencia y a causa de esta laguna en la experiencia integral, se imponen una serie de consecuencias en la ponderación y el equilibrio de todos los procesos psicológicos.

Los teóricos afirman que uno de los principales factores que pueden precipitar la aparición de un síndrome depresivo en la población anciana es el bajo estado funcional secundario a alguna enfermedad física o neurológica. Brennan et al.,¹³ por ejemplo, en su artículo de revisión sobre la prevalencia y las causas de las pérdidas sensoriales duales y sus efectos en el funcionamiento de los individuos adultos mayores y sus familias, afirman que cuando existe solamente pérdida auditiva, de acuerdo al grado y tipo de la pérdida y a la habilidad de discriminación del habla del sujeto, puede producir afectación en el funcionamiento diario, especialmente en lo concerniente a la comunicación, si existe solo presencia de pérdida visual tiene un mayor impacto en la capacidad de completar muchas de las funciones de la vida diaria y si lo que se presenta es una pérdida sensorial dual puede producir un impacto, entre otros aspectos, en la estabilidad psicológica. Heine et al.,³⁴ por su parte sostienen que la pérdida sensorial dual es un contribuyente común a la salud mental y al bienestar de los adultos mayores.

Es indiscutible que la pérdida de la audición interfiere en la comunicación entre las personas y dificulta la interacción del individuo con el medio en el que se desarrolla, dando lugar a un escaso ajuste social, así lo anota Millán-Calenti et al.,⁷ cuando afirman que existen diferentes estudios epidemiológicos que relacionan la pérdida de la audición y la depresión, determinándose un porcentaje mayor de depresión entre los pacientes adultos mayores ingresados a los centros de cuidado con déficit auditivo bilateral que los sujetos que oyen bien.

Es así como Capella-McDonnall¹⁶ expone que se conocen varias variables relacionadas con depresión en la tercera edad, estas incluyen la discapacidad funcional, la edad avanzada, el sexo femenino, peor estado de salud, el estatus socioeconómico más bajo y la falta real o percibida de apoyo social, pero que existen dos variables que con frecuencia han sido asociadas con niveles más altos de depresión y son las pérdidas auditiva y las pérdidas visuales; sin embargo aclara que esta relación no en todos los estudios ha sido tan fuerte o consistente.

Al respecto en el mismo estudio Capella-MacDonnall¹⁶, menciona que, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2001 de los Estados Unidos, encontró que la proporción de personas al interior de cada uno de los grupos que experimentaron síntomas de depresión fue: en el grupo de personas con pérdida dual 0.35, en el de solo personas con pérdida visual 0.28, en el de solo pérdida auditiva 0.19 y en aquellos sin pérdida sensorial 0.14; además de que existe una

relación estadísticamente significativa entre pérdida sensorial y la depresión, indica especialmente, que existe una mayor probabilidad en los sujetos que presentan pérdida dual o pérdida solo visual en experimentar síntomas de depresión; afirma además que en los sujetos que presentan solo pérdida auditiva esta probabilidad se observa en menor grado.

Más aún Capella-McDonnall³⁵ manifiesta, desde los resultados de otros estudios, que tener una pérdida sensorial previa antes de una pérdida dual no cambia el impacto de la pérdida sensorial dual sobre la depresión y éste efecto varía al azar entre las personas; anota además que en su estudio los resultados de las pérdidas sensoriales duales no fueron diferentes en cuanto a género, raza o edad, pero deben investigarse otras variables.

Cano et al.,⁸ en su investigación con respecto a la prevalencia de problemas auditivos y su relación con algunas variables manifiestan: que no encontraron una mayor prevalencia de la pérdidas auditivas en los hombres (14,4 vs 12,7%; $p=0,29$), pero si en la variables edad, ya que hallaron porcentajes mayores de pérdidas auditivas en las personas mayores de 75 años vs las personas de 60 a 64 años de edad (19,2 Vs 9,7%; $p<0,0$) y en los de nivel socioeconómico bajos.(20,2 vs 13,1%; $p<0,05$) y entre analfabetas (19,3% Vs 10,2% personas con más de 6 años de escolaridad); en cuanto a las enfermedades concomitantes anota se observó una mayor prevalencia, entre otras, en las personas con presencia de depresión (20,2 Vs 10,6%; $p<0,01$).

Kiely et al.,⁴⁵ por su parte hallaron que el 21,1% de su muestra no tenían pérdida sensorial, el 6,5% solo pérdida visual, el 47,2% presentaban pérdida auditiva y el 25,2% observaban pérdida sensorial dual. Los datos luego del análisis ajustado mostraron que los sujetos con pérdidas sensorial dual tuvieron elevados niveles de síntomas de depresión comparados con los que no tenían pérdidas sensoriales; y entre los que tenían pérdidas sensorial dual observaban más altos niveles en la puntuación del test de depresión que los que solo manifestaban pérdida auditiva; sin embargo no existió diferencia relevante en los niveles del test de depresión entre los sujetos identificados con solo pérdida visual y los identificados sin pérdida sensorial.

Hay que mencionar además el estudio realizado por Chuan-Ming et al.,⁴⁶ en adultos de 18 años o más que participaron en la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2010 de los Estados Unidos, quienes reportaron una fuerte asociación entre la deficiencia auditiva y la depresión entre los adultos de todas las edades, especialmente entre las mujeres y los menores de 70 años. Ellos hallaron además que la prevalencia estimada de la depresión fue mayor entre los adultos con discapacidad auditiva auto-reportada (11,4%) que en aquellos sin discapacidad auditiva (4.9%), además la prevalencia de niveles de depresión moderada o severa fue significativamente mayor entre los hombres y las mujeres adultos americanos con discapacidad auditiva, aun controlando otras numerosas covariables como índice de masa corporal, fumar, estado general de salud, desordenes de sueño, entre otros.

Por su parte Tambs¹⁷, encontró que el grado de pérdida sensorial puede tener un efecto mayor en la presencia de síntomas de ansiedad o depresión a menor edad que a mayor edad y esto fue más evidente en los hombres que en las mujeres.

Así mismo, es importante mencionar los hallazgos del estudio realizado por Harada et al.,⁴⁷ quienes evidenciaron que existe una probabilidad tres veces mayor a tener problemas de depresión si existen problemas sensoriales duales en ambos sexos, pero se notan diferencias de acuerdo al género relacionados con la depresión y el tipo de pérdida sensorial; ellos hallaron que en los hombres la discapacidad auditiva se relaciona con probabilidades elevadas de depresión, incluso después de ajustar por covariables (OR ajustados IC 95%: 2.20, 2.06-4,58), más que los problemas visuales, por su parte las mujeres con discapacidad visual fueron dos veces más propensas a sufrir de depresión (OR ajustada IC 95%: 2.00, 1.19-3.35), mientras que la discapacidad auditiva no afectó las probabilidades de depresión en ellas.

Por otra parte por Hogan et al.,⁴⁸ en un estudio realizado sobre los resultados de la Encuesta Australiana de Discapacidad, Envejecimiento y Cuidadores del año 2003, relacionado a los efectos de salud asociados con auto-reporte de invalidez auditiva en personas mayores, encontraron que las personas con discapacidad auditiva de todas las edades reportaron puntuaciones significativamente más bajas de salud física y mental que el resto de la población, por ejemplo en lo relacionado a salud mental en el rango de 55 a 64 años se encontró una diferencia del 9% (44.1% para personas con discapacidad vs 53.4% resto de la población) y esta diferencia fue más evidente en el rango de edad de 75 años o

más con un 15.2%, para el aspecto de salud mental (38.4% para personas con discapacidad vs 53.6, resto de la población).

Por el contrario un estudio realizado por Sugawara et al.,⁴⁹ encontró que no existió asociación entre las pérdidas auditivas y la depresión en su población de estudio, pero si encontraron relaciones entre el funcionamiento social y el rol emocional y la discapacidad auditiva.

En relación a las pérdidas visuales Chou et al.,⁵⁰ reporta al describir dentro de los resultados de su investigación, que el 20% de su muestra reportó problemas de visión baja o ceguera; además se evidenció una relación significativa entre los trastornos visuales y la depresión, incluso en las variables edad, sexo, estado civil y educación, pero no encontró relación significativa entre las deficiencias auditivas y la depresión entre los adultos mayores chinos.

Los hallazgos de Capella-MacDonnal³⁵ muestran que los porcentajes de personas con pérdidas visuales o combinadas de pérdida visual y pérdida auditiva que experimentan depresión o los síntomas de depresión oscilan entre 28-43%, mientras que la prevalencia de la población general con depresión se informa está entre 8-16%.

En contraste, Bernabei et al.,⁵¹ en su investigación observaron que la prevalencia de discapacidad visual fue del 1,4% y de discapacidad auditiva del 0,2%, sin diferencia entre géneros, pero con una tendencia creciente en personas de más de 75 años ($p < 0,001$); la prevalencia del síndrome depresivo fue mayor entre los participantes con problemas visuales que los que no tenían problemas visuales (20.2% vs 9.3% $p < 0,001$), esta diferencias fueron más evidentes entre el grupo de mujeres (22.9% vs 11.9%) que en el de los hombres (14.7% vs 5.2%).

Además el mismo estudió en el análisis estratificado por edad mostró que las personas de 75 años o más tenían tres veces más probabilidad a tener síntomas depresivos si ellos tenían problemas visuales que si no los tenían (22.1% vs 8.4%); sin embargo para el grupo de edad de menos de 75 años estos resultados no fueron significativos. Con relación a las personas con déficit auditivo ninguno de ellos evidenció síntomas depresivos⁵¹.

También, el análisis de regresión logística sugirió una asociación positiva (OR 2.03, 95% IC: 1.21-3.38) entre la pérdida visual y síndrome depresivo incluso teniendo en cuenta las variables de edad, sexo, educación, estado civil, condición económica más evidente entre las mujeres y las personas de 75 años o más, pero no surgió una asociación significativa entre el trastorno de visión y la ansiedad. El mismo análisis en este estudio no muestra una asociación significativa entre la discapacidad auditiva y el síndrome depresivo⁵¹.

En unos pocos participantes, todos los cuales eran mujeres, presentaron pérdida dual y se observó en ellas un aumento en la probabilidad de tener síndrome de ansiedad, pero esta medida no fue significativa (OR 1.83, 95% IC 0,19 - 17.15)⁵¹.

A su vez un trabajo investigativo realizado por Perlmutter et al.,¹⁴ encontró que los adultos mayores que tenían pérdidas visuales incluso consideradas como deterioro leve, 20/40 a 20/70, mostraban reducida participación en actividades cotidianas; sin embargo entre los participantes que presentaron pérdidas auditivas o normalidad en el tamizaje auditivo no se observó ninguna diferencia de impacto en la participación de actividades cotidianas.

Por su parte Kiely et al.,⁴⁵ manifiestan que la pérdida sensorial fue altamente prevalente sobre todos en los más ancianos y anotaron que solo el 10,5% de los participantes de su estudio de entre 85 a 94 años de edad fueron identificados sin pérdida sensorial y todos los participantes mayores de 95 años fueron identificados con algún grado de pérdida sensorial. Además anotan que asociaciones bivariadas indicaron que los adultos con pérdida sensorial dual tenían más probabilidad de ser hombres, mayor, viudo, que residan en lugares de atención, posean niveles más bajos de educación, abstención en el consumo de alcohol, diagnóstico de diabetes, rangos de salud calificados como regular o mala y en contraste la pérdida sensorial única no mostro fuerte asociación para muchas de las variables mencionadas.

Así mismo hallaron en la estimación de análisis ajustados que los participantes identificados con pérdidas sensoriales duales y los que poseían solo pérdida auditiva tenían elevados niveles de síntomas de depresión en comparación con aquellos sin pérdida sensorial⁴⁵.

Por otro lado Chou et al.,⁵⁰ demostraron que el efecto de la deficiencia visual sobre la depresión fue estadísticamente significativa, incluso, cuando todas las variables incluyendo el género, el estado civil, el nivel de educación, los indicadores de salud, la capacidad funcional y el apoyo familiar fueron controlados. Similares resultados fueron hallados para las pérdidas duales. Por otra parte, se encontró que el deterioro auditivo ya no era significativamente relacionado con la depresión luego del ajuste.

Capella–Macdonnell³⁵ anotó que encontró que las personas de su estudio con pérdida sensorial dual presentaron un incremento en las puntuaciones de depresión y estas personas eran menos educadas y pertenecían a grupos minoritarios.

2. OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo General

Establecer la relación entre la pérdida sensorial, única o dual con la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de la ciudad de Sincelejo, Sucre.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de pérdidas sensorial única y dual relacionadas con variables sociodemográficas y síntomas de depresión en la población objeto de estudio.
- Determinar la asociación estadística de pérdida sensorial única o dual con variables sociodemográficas y síntomas de depresión en la población objeto de estudio.

3. PROPOSITO

Se espera que los resultados de éste estudio se constituyan en la base para la implementación de programas de promoción y prevención integral al adulto mayor que vayan más allá de la vigilancia del riesgo específico, donde se incluyan elementos que permitan brindar, desde la salud, calidad de vida a las personas.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio mediante el cual se desarrolló la investigación fue descriptivo cuantitativo correlacional de corte transversal, el cual permitió describir a través de tablas y gráficos las variables de estudio y establecer su asociación, en un momento específico del tiempo.

Esta investigación se califica con un nivel de riesgo mínimo de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud, Artículo 11, dado que se utilizaron registros de datos a través de procedimientos comunes; por otra parte obtuvo para su ejecución la aprobación del comité de Bioética de la Universidad de Sucre. Ver anexo 1.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.2.1 Población

Población Diana: Todos los adultos mayores que residen en la ciudad de Sincelejo.

Población Accesible: Todos los Adultos Mayores que asisten al Programa de Promoción y Prevención de Adulto Mayor, Riesgo Cardiovascular, de una Institución Prestadora de Salud privada de la ciudad de Sincelejo.

Población Elegible: Los Adultos Mayores que asistieron al Programa de Promoción y Prevención de adulto Mayor, Riesgo Cardiovascular, de la de la Institución Prestadora de Salud privada de la ciudad de Sincelejo, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- ✓ Tener 60 años o más de edad
- ✓ Deseen participar voluntariamente en el estudio.
- ✓ No tener antecedentes de enfermedades mentales
- ✓ Vivir en la ciudad de Sincelejo.

4.2.2 Muestra

La muestra inicialmente estuvo planeada para estar conformada, por la información que suministraran 284 adultos mayores, que asistieran al Programa de Promoción y Prevención, adulto mayor, riesgo cardiovascular de la Institución Prestadora de Salud privada y que cumplieran los criterios de inclusión, a partir de la base de datos suministrada por la IPS; sin embargo la muestra final fue de 234 sujetos ya que 20 individuos que se evaluaron no pudieron ser incluidos porque 18 sujetos presentaban diagnóstico y tratamiento de depresión desde tiempo atrás y dos no vivían en la ciudad, lo que no estaba reportado en la base de datos entregada por la IPS, y 30 sujetos luego que asistieron o fueron citados no desearon participar en el estudio.

4.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados para este estudio fueron: una encuesta sociodemográfica que recogía la información personal del sujeto de estudio (nombre, dirección y teléfono) así como su información sociodemográfica (sexo, edad, ocupación, etc); una audiometría vía aérea que determinó el grado de sensibilidad auditiva, graficada en un audiograma; una otoscopia que estableció el estado de la estructura del oído externo y vislumbró el estado del oído medio para completar la audiometría; una prueba visual que mostró el grado de agudeza visual a través de la tabla de Snellen y anotado en un cuadro diseñado para tal fin (ver anexo 2) y una prueba tamiz de síntomas de depresión utilizando la Escala Geriátrica de Depresión abreviada tomada del documento de OPS módulo 4 (Ver anexo 2).

4.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información fue obtenida directamente por la investigadora principal, luego de citar vía telefónica al sujeto para la recolección de los datos a una IPS privada de la Ciudad de Sincelejo (a partir de la base de datos de usuarios suministrada por la IPS y que cumplieran con los requisitos de inclusión); previamente a la aplicación del instrumento se les dio la información y se les solicitó la autorización escrita del consentimiento informado (ver anexo 3); se procedió enseguida a capturar la información en un consultorio especializado, en una sola sesión para cada individuo evaluado, a través de: a. una entrevista que permitió obtener la información personal y sociodemográfica, b. la aplicación de la Escala Geriátrica de depresión abreviada a través del desarrollo del cuestionario con la ayuda del evaluador, c. una otoscopia con el uso de otoscopio Welchallyn, d. una audiometría de vía aérea para cada oído en cabina sonoamortiguada a través de un audiómetro de dos canales marca Maico serie MA42 y auriculares TDH39, con calibración vigente, y según protocolo de aplicación de audiometría vía aérea establecido por la Asociación Colombiana de Audiología y e. valoración de agudeza visual a través de la tabla de Snellen a 6 metros de distancia, tomada según protocolo de aplicación de dicha tabla, reportado en la literatura, con corrección visual o sin ella, de acuerdo al uso de cada sujeto evaluado.

El tiempo de recolección de la información fue de cinco meses desde junio a noviembre de 2015. La sensibilidad auditiva se determinó luego de los resultados obtenidos en la audiometría teniendo en cuenta la clasificación de Stach (1998) quien estableció que a partir de 25dB existe pérdida de la sensibilidad auditiva, en diferentes grados, desde leve hasta profundo, la cual puede ser unilateral o bilateral, el grado de la pérdida bilateral o unilateral se seleccionó a partir del resultado del mejor oído. La agudeza visual por su parte se midió a través de los resultados obtenidos con la aplicación del test de Snellen y teniendo en cuenta la clasificación propuesta por la OMS quien considera que desde visión 20/30 existe deterioro visual leve, clasificándose como baja visión el rango desde 20/70 y ceguera desde el rango 20/200, la que puede ser unilateral o bilateral con el uso o no de corrección de acuerdo a lo reportado por el sujeto.

La presencia o no de síntomas de depresión se obtuvo puntuando los ítems de los resultados conseguidos en la aplicación del test Escala Geriátrica de Depresión abreviada, y sumando cada una de las respuestas de los sujetos

según el protocolo del test así: de 0 a 5 normalidad, 6 a 10 depresión leve y 11 a 15 depresión severa.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Primera Fase: El análisis descriptivo se realizó para hombres y mujeres con descripción de la distribución de la variables sociodemográficas, independientes y dependientes.

Segunda Fase: para analizar la asociación entre las pérdidas sensoriales únicas y duales y los síntomas de depresión se realizaron tablas de cruce de variables y se aplicó la prueba Chi cuadrado de independencia entre variables. Además se determinaron los odds ratio para las variables que mostraron algún tipo de asociación estadística y los intervalos de confianza correspondientes para las variables que tuvieron significancia estadística.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM-SPSS, versión 22.

Tercera Fase: se llevó a cabo un análisis comparativo de los resultados obtenidos con otros estudios encontrados.

4.6. CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES

4.6.1 Variables de estudio

Las variables que hacen parte del presente estudio son:

Variables Sociodemográficas:

Edad: la cual se refiere a los años cumplidos del evaluado al momento de la prueba, los resultados fueron organizados por intervalos de edad de la siguiente forma:

- 1- 60 a 69 años
- 2- 70 a 79 años
- 3- 80 a + años

Género: determinado para este estudio como la condición sexual definida por el evaluado. Se analizó a través de la pregunta pertenece al sexo femenino o masculino?

- 1- Femenino
- 2- Masculino

Escolaridad: conjunto de cursos que una persona completa en determinado centro de formación académica. Analizado a través de las preguntas: Ud. estudió?

- 1- Si
- 2- No.

Y cuál fue su nivel educativo alcanzado?.

- 0- No
- 1- primaria
- 2- Secundaria
- 3- Técnica
- 4- Profesional
- 5- Post-gradual

Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Esta se analizó a través de la pregunta cuál es su estado civil actual?

- 1- Soltero.
- 2- Casado
- 3- Viudo
- 4- Separado
- 5- Unión libre

Estrato socioeconómico: clasificación que utiliza el Estado para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del DANE. Se analizó a través de la pregunta. Su residencia está ubicada en estrato?

- 1- Bajo-bajo
- 2- Bajo
- 3- Medio-bajo
- 4- Medio
- 5- Medio alto
- 6- Alto

Ocupación: se refiere a la acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados. Analizado a través de la pregunta: actualmente su ocupación es?

- 1- Pensionado/a
- 2- Ama de casa
- 3- Otros
- 4- Sin ocupación
- 5- Docente

Compromiso sensorial

Pérdida sensorial visual: Se refiere a cualquier grado de pérdida visual que afecta la habilidad de una persona para realizar las actividades usuales de la vida cotidiana aunque ésta use anteojos o lentes. Obtenida bajo la aplicación de la tabla de Snellen.

- 0- Normal
- 1- Impedimento visual leve
- 2- Baja visión
- 3- Ceguera

Localización visual

- 0-normal
- 1-Unilateral (un solo ojo afectado).
- 2-Bilateral (los dos ojos afectados)

Uso de Corrección

- 1- Agudeza visual con corrección AVcc
- 2- Agudeza Visual sin corrección AVsc

Pérdida sensorial auditiva: se refiere al déficit funcional que ocurre cuando un sujeto pierde la capacidad de oír, en mayor o menor grado, sonidos que normalmente puede oír el ser humano y se puede dar de manera unilateral o bilateral. Obtenida bajo la aplicación de audiometría.

- 0- Normal
- 1- Pérdida leve
- 2- Pérdida moderada
- 3- Pérdida severa
- 4- Pérdida profunda
- 5- Sordera

Localización auditiva

- 0- normal
- 1- Pérdida unilateral (un solo oído afectado)
- 2- Pérdida bilateral. (los dos oído afectados)

Pérdida sensorial Dual o Única: hace referencia a la presencia de compromiso en uno de los sentidos o en los dos.

0. Sin pérdida dual o única
1. Pérdida Única (visual o auditiva)
2. Pérdida Dual (visual y auditiva)

Depresión: definida como Diagnóstico presuntivo de depresión por aplicación de "Escala Geriátrica de Depresión abreviada"

- 0- Normal
- 1- Depresión leve
- 2- Depresión severa

5. RESULTADOS

En este capítulo se encuentran los hallazgos de las diferentes variables de estudio en los 234 sujetos del programa de Promoción y Prevención, adulto mayor, riesgo cardiovascular de una IPS privada de la ciudad de Sincelejo a partir de los instrumentos aplicados en el período de junio a noviembre de 2015.

Variables de los sujetos según características sociodemográficas

Con respecto a las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio se puede observar que hay un predominio del sexo masculino con un 56,4%. El rango de edad de mayor frecuencia corresponde al de 60 a 69 años de edad con un 65,4%, y solo el 6,4% pertenecen al grupo de edad de 80 años o más.

Referente al estado civil el 63,2% de los individuos son casados y con porcentajes similares, equivalente a un 7,7% se encuentran los sujetos solteros, separados y en unión libre. El mayor porcentaje ellos está ubicado en el estrato socio económico bajo con un 42,3% en contraste con el estrato alto que arrojó un dato de solo 1,3%.

En la escolaridad se destaca que el grueso de la muestra está representado por el nivel pos gradual en un 33,3%, siguiéndole en orden descendente se encuentra el nivel profesional con 23,1%, el resto de los individuos escolarizados corresponden a un 39,7%. El grupo de los no escolarizados estuvo representado por el 3,8%.

En cuanto a la ocupación es relevante mencionar que el 46,2% de los sujetos reportan estar pensionados y solo un 3,8% no reportan ocupación.

Tabla 1. Características de las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.

GENERO		
	Frecuencia	Porcentaje
M	132	56,4%
F	102	43,6%
EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
60 – 69	153	65,4%
70 – 79	66	28,2%
80 o más	15	6,4%
ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	18	7,7%
Casado(a)	148	63,2%
Viudo(a)	32	13,7%
Separado(a)	18	7,7%
Unión Libre	18	7,7%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo – Bajo	10	4,3%
Bajo	99	42,3%
Medio – Bajo	89	38,0%
Medio	26	11,1%
Medio – Alto	7	3,0%
Alto	3	1,3%
ESCOLARIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	225	96,2%
No	9	3,8%
GRADO ESCOLAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	3,8%
Primaria	38	16,2%
Secundaria	46	19,7%
Técnica	9	3,8%
Profesional	54	23,1%
Post gradual	78	33,3%
OCUPACION		
	Frecuencia	Porcentaje
Pensionado(a)	108	46,2%
Ama de casa	59	25,2%
Otro	13	5,6%
Sin ocupación	9	3,8%
Docente	45	19,2%

Variable Pérdida Auditiva de los sujetos de estudio

Relacionado con la variable de estudio dependiente, pérdida auditiva de los sujetos de estudio, se puede observar que la pérdida auditiva bilateral fue la más relevante con un 67,5%.

Tabla 2. Localización de las pérdidas auditivas de los sujetos de estudio

Localización de la Pérdida Auditiva		
	Frecuencia	Porcentaje
No presentan pérdida	41	17,5
Pérdida unilateral	35	15
Pérdida bilateral	158	67,5
Total	234	100

El grado de pérdida auditiva predominante fue el de hipoacusia leve, equivalente a un 61,96% de los sujetos de la muestra.

Tabla 3. Agudeza Auditiva de los sujetos de estudio

Agudeza Auditiva		
	Frecuencia	Porcentaje
Audición Normal	41	17,521
Hipoacusia Leve	170	72,649
Hipoacusia Moderada	23	9,829
Total	234	100

Atendiendo a la prevalencia de la pérdida auditiva bilateral, se pudo notar que ésta es mayor en aquellos individuos cuyo rango de edad oscila entre 80 y más años, son del género masculino, no tienen grado de escolaridad, presentan estado civil unión libre, tienen estrato socioeconómico bajo y desempeñan otros oficios sin especificar.

Tabla 4. Prevalencia Pérdidas auditivas y Datos sociodemográficos

Variable	N° de personas observadas	Localización de pérdida auditiva			Prevalencia (%)			CI 95%		
EDAD		Sin pérdida auditiva	Pérdida auditiva unilateral	Pérdida auditiva bilateral	Sin pérdida auditiva	Pérdida Auditiva unilateral	Pérdida Auditiva bilateral	Sin pérdida auditiva	Pérdida auditiva unilateral	Pérdida auditiva bilateral
60- 69	153	29	29	95	18.95	18.95	62.09	13.25 - 26.25	13.25-26.25	53.86-69.70
70-79	66	12	5	49	18.18	7.57	74.24	10.14 - 29.99	2.82-17.50	61.76-83.87
80 o más	15	0	1	14	0	6.66	93.33	0 - 25.34	0.34-33.96	66.03- 99.65
SEXO										
F	132	30	19	83	22.72	14.39	62.87	16.08 - 30.99	9.10-21.81	53.99-70.99
M	102	11	16	75	10.78	15.68	73.52	5.76 -18.86	9.50 24.52	63.70-81.54
GRADO ESCOLAR										
No	8	1	1	7	12.5	12.5	87.5	0.65 - 53.32	0.65-53.32	46.67-99.34
Primaria	38	6	5	27	15.78	13.15	71.05	6.58 - 31.92	4.94-28.88	53.88-84.01
Secundaria	46	7	7	32	15.21	15.21	69.56	6.83 - 29.48	6.83-29.48	54.07-81.80
Técnica	9	1	1	7	11.11	11.11	77.77	0.58 - 49.32	0.58-49.32	40.19-96.05
Profesional	54	10	5	39	18.51	9.25	72.22	9.69 - 31.87	3.45-21.06	58.13-83.13
Post-Gradual	78	16	16	46	20.51	20.51	58.97	12.52 - 31.45	12.52-31.45	47.25-69.80
ESTADO CIVIL										
Soltero (a)	18	7	4	7	38.88	22.22	38.88	18.26 – 63.85	7.37 – 48.08	18.26 – 63.85
Casado (a)	148	22	23	107	14.86	15.54	72.29	9.74 – 21.86	10.30 – 22.61	64.23 – 79.17
Viudo (a)	32	6	4	22	18.75	12.5	68.75	7.86 – 37.04	4.08 – 29.92	49.86 – 83.25
Separado (a)	18	3	3	12	16.66	16.66	66.66	4.40 – 42.26	4.40 – 42.26	41.15 – 85.64
Unión Libre	18	3	1	14	16.66	5.55	77.77	4.40 – 42.26	0.29 – 29.37	51.91 – 92.62
ESTRATO										
Bajo-bajo	10	1	3	6	10	30	60	0.52 – 45.88	8.09 – 64.63	27.36 – 86.30
Bajo	99	16	15	68	16.16	15.15	68.68	9.79 – 25.22	9.00 – 24.07	58.47 – 77.42
Medio-Bajo	89	18	12	59	20.22	13.48	66.29	12.73 – 30.33	7.46 – 22.75	55.40 – 75.75
Medio	26	5	5	16	19.23	19.23	61.53	7.30 – 39.98	7.30 – 39.98	40.72 – 79.09
Medio alto	7	1		6	14.28	0	42.85	0.75 – 57.99	0 – 43.90	11.80 – 79.76
Alto	3			3	0	0	0	0 – 69.00	0 – 69.00	0 – 69.00
OCUPACIÓN										
Pensionado (a)										
Ama de casa	108	16	11	81	14.81	10.18	75	89.64 – 23.24	5.44 – 17.87	65.57 – 82.61
Otros	59	10	11	38	16.94	18.64	64.40	8.85 – 29.42	10.10 – 31.32	50.80 – 76.13
Sin ocupación	13	1	2	10	7.69	15.38	76.92	0.40 – 37.91	2.71 – 46.33	45.98 - 93.83
Docente	9	1		8	11.11	0	88.88	0.58 – 49.32	0 – 37.11	50.67 – 99.41
	45	13	11	21	28.88	24.44	46.66	16.84 – 44.52	13.38 – 39.86	31.93 - 61.96

Variable Pérdida Visual de los sujetos de estudio

Con la variable pérdida visual se destaca que la mayoría de sujetos presentan pérdida visual bilateral en 65,8%. Específicamente hay un porcentaje significativo de participantes que manifiestan pérdida visual leve en el ojo derecho y en el ojo izquierdo con un 56,8% y 58,9% respectivamente; también es relevante el dato de agudeza visual normal, cuyo resultado fue de 22,6% para ojo derecho y 18,3% para ojo izquierdo.

De la muestra que presenta algún grado de pérdida visual se enfatiza en que el 71,4% usa corrección en el ojo derecho y el 68,8% en su ojo izquierdo.

Tabla 5. Localización de Pérdida visual de los sujetos de estudio.

Localización Pérdida Visual		
	Frecuencia	Porcentaje
No presentan pérdida	25	10,7
Unilateral	55	23,5
Bilateral	154	65,8
Total	234	100

Tabla 6. Clasificación de la agudeza visual de los sujetos de estudio

Agudeza Visual Ojo Derecho			Agudeza Visual Ojo Izquierdo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	53	22,6	43	18,3
Pérdida Leve	133	56,8	138	58,9
Baja Visión	28	11,9	41	17,5
Ceguera	20	8,5	12	5,1
Total	234	100,0	234	100,0

Uso de Corrección				
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
AVcc	167	71,4	161	68,8
AVsc	67	28,6	73	31,2
Total	234	100	234	100

Luego de considerar la prevalencia de pérdida visual y los datos sociodemográficos en los sujetos de investigación se resalta que los individuos del sexo femenino, los del rango de edad de 80 y más años, los de estado civil

separado, los que pertenecen al estrato socioeconómico medio alto, los que no tienen grado de escolaridad y no poseen ocupación evidencian altos porcentajes de pérdidas visual bilateral.

Tabla 7. Prevalencia Pérdida visual y Datos sociodemográficos

Variables	Nº de personas	Situación de Depresión		Prevalencia (%)		CI (95%)	
SEXO		Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve	Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve	Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve
Femenino	132	114	17	86.36	12.87	79.04 – 91.49	7.89 – 20.09
Masculino	102	93	8	76.22	7.84	67.50 – 83.26	3.08 – 12.91
EDAD							
60-69	153	135	16	88.23	10.45	81.79 – 92.68	6.28 – 16.69
70-79	66	60	6	90.90	9.09	80.61 – 96.25	3.74 – 19.38
80 o más	15	12	3	80.0	20.0	51.37 – 94.68	5.31 – 48.62
GRADO ESCOLAR							
No	8	7	2	87.5	25.0	46.67 – 99.34	4.45 – 64.42
Primaria	38	32	4	84.21	10.52	68.07 – 93.41	3.42 – 25.74
Secundaria	46	36	10	78.26	21.73	63.24 – 88.54	11.45 – 36.75
Técnica	9	8	1	88.88	11.11	50.67 – 99.41	0.58 – 49.32
Profesional	54	50	4	92.59	7.40	81.25 – 97.60	2.39 – 18.74
Posgradual	78	74	4	94.87	5.12	86.69 – 98.34	01.65 – 13.30
ESTADO CIVIL							
Soltero	18	18		1	0	78.12 – 100	0 – 21.87
Casado	148	133	13	89.86	8.78	83.55 – 94.02	4.95 – 14.85
Viudo	32	26	6	81.25	18.75	62.95 – 92.13	7.86 – 37.04
Separado	18	12	6	66.66	33.33	41.15 – 85.64	14.35 – 58.84
Unión libre	18	17		94.44	0	70.62 – 99.70	0 – 21.87
ESTRATO							
Bajo-bajo	10	9	0	90.0	0	54.11 – 99.47	0 – 34.45
Bajo	99	87	11	87.87	1.01	79.40 – 93.30	00.05 – 6.30
Medio- bajo	89	79	10	88.76	11.23	79.87 – 94.18	5.81 – 20.12
Medio	26	22	4	84.61	15.38	64.27 – 94.95	5.04 – 35.72
Medio alto	7	7	0	100	0	56.09 – 100	0 – 43.90
Alto	3	3	0	100	0	30.99 – 100	0 – 69
OCUPACIÓN							
Pensionado	108	96	12	88.88	11.11	81.03 – 93.87	61.25 – 18.96
Ama de casa	59	50	8	84.75	13.55	72.50 – 92.36	6.44 – 25.53
Otros	13	11	2	84.61	15.38	53.66 – 97.28	27.10 – 46.33
Sin ocupación	9	8		88.88	0	50.67 – 99.41	0 – 37.11
Docente	45	42	3	93.33	6.66	80.68 – 98.26	17.37 – 19.31

Variable Pérdida sensorial de los sujetos de estudio.

Del total de sujetos identificados con alguna pérdida sensorial, el 24,8% presenta pérdida única y el 73,5% pérdida dual, esto corresponde a un total de 98,3%.

Tabla 8. Clasificación de pérdidas sensoriales de los sujetos de estudio.

CLASIFICACIÓN PERDIDA SENSORIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	4	1,7
Pérdida Única	58	24,8
Pérdida Dual	172	73,5
Total	234	100,0

Relacionando la prevalencia de pérdida sensorial dual con las variables sociodemográficas en la población de estudio, se pudo distinguir que en los individuos pertenecientes al rango de edad de 80 años y más, los que son del sexo masculino, los de estado civil separado, los de estrato alto, los que no tiene escolaridad y no poseen ocupación, se presenta el mayor porcentaje de esta pérdida.

Tabla 9. Prevalencia Pérdida sensorial única o dual y Datos sociodemográficos

Variable	Nº personas observadas	Nº personas Con perdida Sensorial única	Prevalencia (%)	CI 95%	Nº de personas con perdida sensorial dual	Prevalencia (%)	CI 95%
Genero							
Masculino	132	24	23.52	15.93-33.15	76	74.5	64.74-0.8239
Femenino	102	34	25.75	18.72-34.23	96	72.72	64.16-79.93
Edad							
60-69	153	40	26.14	19.53-33.97	110	71.89	63.96-78.70
70-79	66	16	24.24	14.89-36.62	49	74.24	61.76-83.87
80 o mas	15	2	13.33	2.34-41.01	13	86.66	58.38-97.65
Estado civil							
Soltero(a)	18	6	33.33	14.75-58.84	12	66.66	41.15-85.04
Casado(a)	148	35	23.64	17.22-31.46	110	74.32	66.37-80.98
Viudo(a)	32	10	31.25	16.74-50.13	21	65.32	46.77-80.82
Separado(a)	18	3	16.66	4.40-42.26	15	83.33	57.73-95.59
Unión libre	18	4	22.22	7.37-48.08	14	77.77	51.91-92.62
Estrato Socioeconómico							
Bajo-Bajo	10	1	10	0.52-45.88	9	90	54.11-99.47
Bajo	99	25	25.25	17.29-35.16	72	72.72	62.69-80.96
Medio-Bajo	89	23	25.84	17.40-36.40	64	71.91	61.22-80.67
Medio	26	8	30.76	15.08-51.89	18	69.23	48.10-84.91
Medio-Alto	7	1	14.28	0.75-57.99	6	85.71	42.00-99.24
Alto	3	0	0	0	3	100	30.99-100
Grado de Escolaridad							
Ninguno	9	1	11.11	0.58-49.32	8	88.88	50.67-99.41
Primaria	38	6	15.78	6.58-31.92	31	81.57	65.10-91.67
Secundaria	46	10	21.73	11.45-36.75	36	78.26	63.24-88.54
Técnica	9	2	22.22	3.94-59.80	6	66.66	30.91-90.95
Profesional	54	17	31.48	19.90-45.69	36	66.66	52.42-78.54
Post Gradual	78	22	28.2	18.87-39.70	55	70.51	58.95-80.02
Ocupación							
Pensionado	108	27	25	17.38-34.42	80	74.07	64.59-81.81
Ama de casa	59	12	20.33	11.38-33.20	46	77.96	64.94-87.30
Otros	13	2	15.38	2.71-46.33	10	76.92	45.98-93.83
Sin ocupación	9	1	11.11	0.58-49.32	8	88.8	50.67-99.41
Docente	45	16	35.55	22.28-51.27	28	62.22	46.53-75.83

Sobre la presencia de los síntomas de depresión en la muestra, se puede evidenciar que el 88,5% no los presenta; solo un pequeño porcentaje, equivalente al 10,7% manifiesta síntomas de depresión leve y un 0,9% síntomas de depresión severa.

Tabla 10. Clasificación de los síntomas de depresión de sujetos de estudio.

		SITUACION DEPRESION			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	207	88,5	88,5	88,5
	Depresión Leve	25	10,7	10,7	99,1
	Depresión Severa	2	0,9	0,9	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

En la siguiente tabla se puede observar que los sujetos del sexo femenino, los de 80 y más años, los que no tienen escolaridad, los que están separados, los que se ubican en estrato medio y desempeñan otros oficios sin especificar, presentan la mayor prevalencia de síntomas de depresión leve.

Tabla 11. Prevalencia Síntomas de depresión y Datos sociodemográficos

VARIABLES	Nº DE PERSONAS	SITUACIÓN DE DEPRESIÓN		PREVALENCIA (%)		CI (95%)	
SEXO		Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve	Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve	Sin Síntomas de depresión	Con Síntomas depresión leve
Femenino	132	114	17	86.36	12.87	79.04 – 91.49	7.89 – 20.09
Masculino	102	93	8	76.22	7.84	67.50 – 83.26	3.08 – 12.91
EDAD							
60-69	153	135	16	88.23	10.45	81.79 – 92.68	6.28 – 16.69
70-79	66	60	6	90.90	9.09	80.61 – 96.25	3.74 – 19.38
80 o más	15	12	3	80.0	20.0	51.37 – 94.68	5.31 – 48.62
GRADO ESCOLAR							
No	8	7	2	87.5	25.0	46.67 – 99.34	4.45 – 64.42
Primaria	38	32	4	84.21	10.52	68.07 – 93.41	3.42 – 25.74
Secundaria	46	36	10	78.26	21.73	63.24 – 88.54	11.45 – 36.75
Técnica	9	8	1	88.88	11.11	50.67 – 99.41	0.58 – 49.32
Profesional	54	50	4	92.59	7.40	81.25 – 97.60	2.39 – 18.74
Posgradual	78	74	4	94.87	5.12	86.69 – 98.34	01.65 – 13.30
ESTADO CIVIL							
Soltero	18	18		1	0	78.12 – 100	0 – 21.87
Casado	148	133	13	89.86	8.78	83.55 – 94.02	4.95 – 14.85
Viudo	32	26	6	81.25	18.75	62.95 – 92.13	7.86 – 37.04
Separado	18	12	6	66.66	33.33	41.15 – 85.64	14.35 – 58.84
Unión libre	18	17		94.44	0	70.62 – 99.70	0 – 21.87
ESTRATO							
Bajo-bajo	10	9	0	90.0	0	54.11 – 99.47	0 – 34.45
Bajo	99	87	11	87.87	1.01	79.40 – 93.30	00.05 – 6.30
Medio- bajo	89	79	10	88.76	11.23	79.87 – 94.18	5.81 – 20.12
Medio	26	22	4	84.61	15.38	64.27 – 94.95	5.04 – 35.72
Medio alto	7	7	0	100	0	56.09 – 100	0 – 43.90
Alto	3	3	0	100	0	30.99 – 100	0 – 69
OCUPACIÓN							
Pensionado	108	96	12	88.88	11.11	81.03 – 93.87	61.25 – 18.96
Ama de casa	59	50	8	84.75	13.55	72.50 – 92.36	6.44 – 25.53
Otros	13	11	2	84.61	15.38	53.66 – 97.28	27.10 – 46.33
Sin ocupación	9	8		88.88	0	50.67 – 99.41	0 – 37.11
Docente	45	42	3	93.33	6.66	80.68 – 98.26	17.37 – 19.31

Distribución entre pérdida visual, síntomas de depresión y características socio demográficos.

Tabla 12. Pérdidas visuales, según el género y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL		SINTOMAS DE DEPRESION							Total	
			Normal		Leve		Severa			
			F	%	f	%	f	%	f	%
Normal	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	8	3.42	1	0.43	0	0.00	9	3.85
		Femenino	14	5.98	2	0.85	0	0.00	16	6.84
	Sub Total		22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	32	13.68	3	1.28	0	0.00	35	14.96
		Femenino	18	7.69	2	0.85	0	0.00	20	8.55
	Sub Total		50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	74	31.62	13	5.56	1	0.43	88	37.61
		Femenino	61	26.07	4	1.71	1	0.43	66	28.21
	Sub Total		135	57.69	17	7.26	2	0.85	154	65.81
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	99.99

En la relación entre las variables pérdida visual, síntomas de depresión y características sociodemográficas, se halló que al discriminar la información por género, los individuos con pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve (5.56%) y severa, (0.43%) pertenecen al grupo de los hombres. En contraste, con el conjunto femenino, donde el 1,71% presentó un rango leve de síntomas de depresión y el 0,43% síntomas severos de depresión.

Tabla 13. Pérdidas visuales, según la edad y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa			
			f	%	f	%	f	%	F	%
Normal	EDAD	60 - 69	15	6.41	3	1.28	0	0.00	18	7.69
		70 - 79	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
		80 o más	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	EDAD	60 - 69	38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
		70 - 79	12	5.13	1	0.43	0	0.00	13	5.56
		80 ó más	0	0.00	1	0.43	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	EDAD	60 - 69	82	35.04	10	4.27	2	0.85	94	40.17
		70 - 79	42	17.95	5	2.14	0	0.00	47	20.09
		80 ó más	11	4.70	2	0.85	0	0.00	13	5.56
	Sub Total		135	57.69	17	7.26	2	0.85	154	65.82
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	99.99

Al diferenciar la información de los sujetos del estudio por rangos de edad, se observa que entre las personas de 60 a 69 años que presentaron pérdida visual bilateral el 4,27% evidenció síntomas de depresión leve y el 0,85% severa. Así mismo entre los individuos de ese mismo rango de edad que no presentaban pérdida visual y los que presentaban pérdida visual unilateral se halló un similar porcentaje de síntomas de depresión leve, equivalente a un 1.28% para cada uno.

En el rango de edades entre 70 y 79 años se encontró que el 2,14% de ellos presentaron pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve. En cuanto al grupo de edad de 80 años o más con pérdida visual bilateral el 0,85% tuvieron síntomas de depresión leve.

Tabla 14. Pérdidas visuales, según estado civil y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa			
			F	%	f	%	f	%	f	%
Normal	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Casado(a)	16	6.84	2	0.85	0	0.00	18	7.69
		Viudo(a)	4	1.71	1	0.43	0	0.00	5	2.14
		Unión Libre	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
		Casado(a)	32	13.68	3	1.28	0	0.00	35	14.96
		Viudo(a)	6	2.56	2	0.85	0	0.00	8	3.42
		Separado(a)	2	0.35	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Unión Libre	4	1.71	0	0.00	0	0.00	4	1.71
	Sub Total		50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	11	4.70	0	0.00	0	0.00	11	4.70
		Casado(a)	85	36.32	8	3.42	2	0.85	95	40.60
		Viudo(a)	16	6.84	3	1.28	0	0.00	19	8.12
		Separado(a)	10	4.27	6	2.56	0	0.00	16	6.84
		Unión Libre	13	5.56	0	0.00	0	0.00	13	5.56
	Sub Total		135	57.69	17	7.26	2	0.85	154	65.81
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	99.99

Observamos relevante al precisar la información por estado civil, que las personas del estudio con pérdida visual bilateral del grupo de los casados(a) el 3,42% tuvieron síntomas de depresión leve y el 0,85% severa, en el grupo de las personas viudas el 1,28% arrojaron resultados de síntomas de depresión leve al igual que el grupo de los separados con el 2,56%.

Tabla 15. Pérdidas visuales, según estrato socio económico y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa			
			f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo	11	4.70	2	0.85	0	0.00	13	5.56
		Medio - Bajo	8	3.42	1	0.43	0	0.00	9	3.85
		Medio	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
	Sub Total		22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
		Bajo	16	6.84	1	0.43	0	0.00	17	7.26
		Medio - Bajo	21	8.97	1	0.43	0	0.00	22	9.40
		Medio	6	2.56	3	1.28	0	0.00	9	3.85
		Medio - Alto	4	1.71	0	0.00	0	0.00	4	1.71
	Sub Total		50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	6	2.56	0	0.00	1	0.43	7	2.99
		Bajo	60	25.64	8	3.42	1	0.43	69	29.49
		Medio - Bajo	50	21.37	8	3.42	0	0.00	58	24.79
		Medio	13	5.56	1	0.43	0	0.00	14	5.98
		Medio - Alto	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
	Sub Total		135	57.69	17	7.26	2	0.85	154	65.81
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	99.99

En relación al estrato socioeconómico, la muestra ubicada en los estratos bajo y medio bajo, con 3,43% respectivamente, evidenció pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve; además, en los grupos de estrato bajo –bajo y bajo se distinguió que el 0.43% tenían pérdida visual bilateral y síntomas de depresión severa cada uno de ellos.

Tabla 16. Pérdidas visuales, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Norma		Leve		Severa			
			F	%	f	%	f	%	f	%
Normal	GRADO ESCOLARIDAD	Primaria	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Secundaria	2	0.85	1	0.43	0	0.00	3	1.28
		Técnica	1	0.43	1	0.43	0	0.00	2	0.85
		Profesional	8	3.42	1	0.43	0	0.00	9	3.85
		Post gradual	9	3.85	0	0.00	0	0.00	9	3.85
		Sub Total	22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	GRADO ESCOLARIDAD	Primaria	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Secundaria	10	4.27	2	0.85	0	0.00	12	5.13
		Técnica	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Profesional	12	5.13	1	0.43	0	0.00	13	5.56
		Post gradual	25	10.68	2	0.85	0	0.00	27	11.54
		Sub Total	50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	7	2.99	2	0.85	0	0.00	9	3.85
		Primaria	28	11.97	4	1.71	2	0.85	34	14.53
		Secundaria	24	10.26	7	2.99	0	0.00	31	13.25
		Técnica	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
		Profesional	30	12.82	2	0.85	0	0.00	32	13.68
		Post gradual	40	17.09	2	0.85	0	0.00	42	17.95
		Sub Total	135	57.69	17	7.26	2	0.85	154	65.81
		Total	207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	99.99

En la información de escolaridad se puede resaltar que los individuos que cursaron hasta el grado escolar primaria el 1,71% presentaron pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve y el 0,85% síntomas de depresión severa. Los individuos con escolaridad secundaria, el 2,99% presentó pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve.

Tabla 17. Pérdidas visuales, según ocupación y síntomas de depresión.

PERDIDA VISUAL			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			F	%	f	%	f	%		
Normal	OCUPACION	Pensionado(a)	11	4.70	2	0.85	0	0.00	13	5.56
		Ama de casa	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
		Otro	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Docente	6	2.56	1	0.43	0	0.00	7	2.99
	Sub Total		22	9.40	3	1.28	0	0.00	25	10.68
Unilateral	OCUPACION	Pensionado(a)	27	11.54	4	1.71	0	0.00	31	13.25
		Ama de casa	7	2.99	0	0.00	0	0.00	7	2.99
		Otro	1	0.43	1	0.43	0	0.00	2	0.85
		Docente	15	6.41	0	0.00	0	0.00	15	6.41
	Sub Total		50	21.37	5	2.14	0	0.00	55	23.50
Bilateral	OCUPACION	Pensionado(a)	58	24.79	7	2.99	0	0.00	65	27.78
		Ama de casa	40	17.09	8	3.42	1	0.43	49	20.94
		Otro	8	3.42	0	0.00	0	0.00	8	3.42
		Sin ocupación	8	3.42	0	0.00	1	0.43	9	3.85
		Docente	21	8.97	2	0.85	0	0.00	23	9.83
	Sub Total		135	57.69	17	7.26	2	0.86	154	65.81
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	99.99

La información de la muestra por ocupación permite observar que, de las personas pensionadas que presentaban pérdida visual bilateral, el 2,99% tuvieron síntomas de depresión leve; por otra parte, entre las amas de casa se halló que el 3,42% mostró pérdida visual bilateral y síntomas de depresión leve y el 0,43% severa.

Distribución entre pérdida auditiva, síntomas de depresión y características sociodemográficas.

Tabla 18. Pérdidas auditivas, según el género y síntomas de depresión

PERDIDA AUDITIVA			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	27	11.54	3	1.28	0	0.00	30	12.82
		Femenino	11	4.70	0	0.00	0	0.00	11	4.70
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	17	7.26	1	0.43	1	0.43	19	8.12
		Femenino	13	5.56	3	1.28	0	0.00	16	6.84
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	1	0.43	35	14.96
Bilateral	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	70	29.91	13	5.56	0	0.00	83	35.47
		Femenino	69	29.49	5	2.14	1	0.43	75	32.05
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Con respecto a la relación entre las variables pérdida auditiva, síntomas de depresión y características sociodemográficas, se encontró al detallar la información por género que en el grupo de los hombres con pérdida auditiva bilateral el 5,56% tenía síntomas de depresión leve; cabe anotar que en los grupos masculinos sin presencia de pérdida auditiva y con pérdida auditiva unilateral se observó que el 1,28% y el 0,43% respectivamente, presentan síntomas de depresión leve.

En cuanto al grupo de mujeres que evidenció pérdida auditiva pérdida auditiva bilateral, el 2,14% tenía síntomas de depresión leve y el 0,43% severa. Asimismo en el grupo femenino con pérdida auditiva unilateral el 1,28% manifestó tener síntomas de depresión leve; y en el grupo de las que no tenían pérdida auditiva no se observó presencia de síntomas de depresión.

Tabla 19. Pérdidas auditivas, según la edad y síntomas de depresión.

PERDIDA AUDITIVA		EDAD	SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa			
			f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	EDAD	60 – 69	27	11.54	2	0.85	0	0.00	29	12.39
		70 – 79	11	4.70	1	0.43	0	0.00	12	5.13
		80 ó más	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	EDAD	60 – 69	24	10.26	4	1.71	1	0.43	29	12.39
		70 – 79	5	2.14	0	0.00	0	0.00	5	2.14
		80 ó más	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	0	0.43	35	14.96
Bilateral	EDAD	60 – 69	84	35.90	10	4.27	1	0.43	95	40.60
		70 – 79	44	18.80	5	2.14	0	0.00	49	20.94
		80 ó más	11	4.70	3	1.28	0	0.00	14	5.98
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Al examinar la información de los sujetos de estudio por rangos de edades se destaca que aquellos ubicados en el rango de 60 a 69 años el 4,27% presentaron pérdida auditiva bilateral y síntomas de depresión leve y el 0,43% de los mismos tenía síntomas de depresión severa. En los grupo entre 70 a 79 y 80 y más años con pérdida auditiva bilateral, el 2,14% y el 1,28%, respectivamente, evidenciaron síntomas de depresión leve.

Tabla 20. Pérdidas auditivas, según estado civil y síntomas de depresión.

PERDIDA AUDITIVA			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	7	2.99	0	0.00	0	0.00	7	2.99
		Casado(a)	21	8.97	1	0.43	0	0.00	22	9.40
		Viudo(a)	4	1.71	2	0.85	0	0.00	6	2.56
		Separado(a)	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
		Unión Libre	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	4	1.71	0	0.00	0	0.00	4	1.71
		Casado(a)	20	8.55	2	0.85	1	0.43	23	9.83
		Viudo(a)	4	1.71	0	0.00	0	0.00	4	1.71
		Separado(a)	1	0.43	2	0.85	0	0.00	3	1.28
		Unión Libre	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	1	0.43	35	14.96
Bilateral	ESTADO CIVIL	Soltero(a)	7	2.99	0	0.00	0	0.00	7	2.99
		Casado(a)	92	39.32	10	4.27	1	0.43	103	44.02
		Viudo(a)	18	7.69	4	1.71	0	0.00	22	9.40
		Separado(a)	8	3.42	4	1.71	0	0.00	12	5.13
		Unión Libre	14	5.98	0	0.00	0	0.00	14	5.98
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Observando los datos por estado civil se encontró que entre las personas casadas que presentaron pérdida auditiva bilateral el 4,27% observaban síntomas de depresión leve y el 0,43% severa; dentro de este mismo grupo se destaca también que los que presentaron pérdida auditiva unilateral, el 0,85% de ellos tuvieron síntomas de depresión leve y el 0,43% severa. En el mismo grupo de las personas casadas con audición normal el 0,43% manifestaron síntomas de depresión leve.

Por otra parte en el grupo de los separados y viudos con pérdida auditiva bilateral se encontraron similares porcentajes de personas con síntomas de depresión leve, equivalente al 1,71% respectivamente.

Tabla 21. Pérdidas auditivas, según estrato socio-económico y síntomas de depresión.

PERDIDA AUDITIVA			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Bajo	14	5.98	2	0.85	0	0.00	16	6.84
		Medio - Bajo	17	7.26	1	0.43	0	0.00	18	7.69
		Medio	5	2.14	0	0.00	0	0.00	5	2.14
		Medio - Alto	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
		Bajo	13	5.56	1	0.43	1	0.43	15	6.41
		Medio - Bajo	10	4.27	2	0.85	0	0.00	12	5.13
		Medio	4	1.71	1	0.43	0	0.00	5	2.14
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	1	0.43	35	14.96
Bilateral	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	5	2.14	0	0.00	1	0.43	6	2.56
		Bajo	60	25.64	8	3.42	0	0.00	68	29.06
		Medio - Bajo	52	22.22	7	2.99	0	0.00	59	25.21
		Medio	13	5.56	3	1.28	0	0.00	16	6.84
		Medio - Alto	9	3.85	0	0.00	0	0.00	9	3.85
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Puede notarse en el grupo de personas con pérdida auditiva bilateral pertenecientes a los estratos socio- económico bajo, medio bajo y medio que el 3,42%, el 2,99% y el 1,28%, respectivamente, presentaron síntomas de depresión leve; dentro de éste mismo grupo los encuestados ubicados en el estrato bajo-bajo, el 0,43% observó síntomas de depresión severa.

De igual forma cabe resaltar que entre las personas sin pérdida auditiva y con pérdida auditiva unilateral pertenecientes al estrato bajo y medio bajo observaron síntomas de depresión leve.

Tabla 22. Pérdidas auditivas, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.

PERDIDA AUDITIVA			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Primaria	5	2.14	1	0.43	0	0.00	6	2.56
		Secundaria	6	2.56	1	0.43	0	0.00	7	2.99
		Técnica	0	0.00	1	0.43	0	0.00	1	0.43
		Profesional	10	4.27	0	0.00	0	0.00	10	4.27
		Post gradual	16	6.84	0	0.00	0	0.00	16	6.84
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Primaria	4	1.71	0	0.00	1	0.43	5	2.14
		Secundaria	5	2.14	2	0.85	0	0.00	7	2.99
		Técnica	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Profesional	4	1.71	1	0.43	0	0.00	5	2.14
		Post gradual	15	6.41	1	0.43	0	0.00	16	6.84
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	1	0.43	35	14.96
Bilateral	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	5	2.14	2	0.85	0	0.00	7	2.99
		Primaria	23	9.83	3	1.28	1	0.43	27	11.54
		Secundaria	25	10.68	7	2.99	0	0.00	32	13.68
		Técnica	7	2.99	0	0.00	0	0.00	7	2.99
		Profesional	36	15.38	3	1.28	0	0.00	39	16.67
		Post gradual	43	18.38	3	1.28	0	0.00	46	19.66
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Los datos por nivel de escolaridad reportan, con respecto a los sujetos que tuvieron pérdida auditiva bilateral, que tanto en el grupo de los profesionales como de los postgraduados se presentaron porcentajes equivalentes de personas con síntomas de depresión leve. En lo referente al grupo de nivel de formación primaria, con igual condición auditiva, el 1.28% observó síntomas de depresión

leve y el 0,43% severa, en el grupo de formación secundaria el 2,99% mostró síntomas de depresión leve al igual que el 0.85% del grupo sin ningún nivel de formación.

Tabla 23. Pérdidas auditivas, según ocupación y síntomas de depresión.

PERDIDA AUDITIVA			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	OCUPACION	Pensionado(a)	15	6.41	2	0.85	0	0.00	17	7.26
		Ama de casa	9	3.85	1	0.43	0	0.00	10	4.27
		Sin ocupación	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Docente	13	5.56	0	0.00	0	0.00	13	5.56
	Sub Total		38	16.24	3	1.28	0	0.00	41	17.52
Unilateral	OCUPACION	Pensionado(a)	10	4.27	1	0.43	0	0.00	11	4.70
		Ama de casa	9	3.85	1	0.43	1	0.43	11	4.70
		Otro	1	0.43	1	0.43	0	0.00	2	0.85
		Docente	10	4.27	1	0.43	0	0.00	11	4.70
	Sub Total		30	12.82	4	1.71	1	0.43	35	14.96
Bilateral	OCUPACION	Pensionado(a)	71	30.34	10	4.27	0	0.00	81	34.62
		Ama de casa	32	13.68	6	2.56	0	0.00	38	16.24
		Otro	10	4.27	0	0.00	0	0.00	10	4.27
		Sin ocupación	7	2.99	0	0.00	1	0.43	8	3.42
		Docente	19	8.12	2	0.85	0	0.00	21	8.97
	Sub Total		139	59.40	18	7.69	1	0.43	158	67.52
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

La información por ocupación permite observar que dentro del grupo de personas con pérdida auditiva bilateral, el 4.27% de los pensionados, el 2.56% de las amas de casa y el 0.85% de los docentes manifestaron depresión leve. Finalmente en el grupo sin ocupación, el 0,43% de ellos tuvieron síntomas de depresión severa.

La depresión leve también es el común denominador entre los pensionados y las amas de casa con audición normal y con pérdida auditiva unilateral comparativamente.

Distribución entre pérdidas sensoriales únicas o duales, síntomas de depresión y características sociodemográficas.

Tabla 24. Pérdida sensorial única y dual, según el género y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			F	%	f	%	f	%		
Normal	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	1	0.43	1	0.43	0	0.00	2	0.85
		Femenino	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
	Sub Total		3	1.28	1	0.43	0	0.00	4	1.71
Pérdida Única	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	32	13.68	2	0.85	0	0.00	34	14.53
		Femenino	22	9.40	2	0.85	0	0.00	24	10.26
	Sub Total		54	23.08	4	1.71	0	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	GÉNERO DEL INDIVIDUO	Masculino	81	34.62	14	5.98	1	0.43	96	41.03
		Femenino	69	29.49	6	2.56	1	0.43	76	32.48
	Sub Total		150	64.10	20	8.54	2	0.86	132	73.50
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

En este estudio se evidencia que, en la relación entre las variables pérdida sensorial única y dual, síntomas de depresión y género, se encontró que entre los individuos que tenían pérdida sensorial dual y depresión leve el 5,98% eran hombres y el 2,56% mujeres. Así mismo, para cada género, se hallaron síntomas de depresión severa, correspondiente a 0,43% para cada uno de ellos.

Tabla 25. Pérdida sensorial única y dual, según la edad y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	EDAD	60 - 69	2	0.85	1	0.43	0	0.00	3	1.28
		70 - 79	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		80 ó más	0	0	0	0	0	0	0	0.00
	Sub Total		3	1.28	1	0.43	0.00	0.00	4	1.71
Pérdida Única	EDAD	60 - 69	37	15.81	3	1.28	0	0.00	40	17.09
		70 - 79	15	6.41	1	0.43	0	0.00	16	6.84
		80 ó más	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
	Sub Total		54	23.08	4	1.71	0.00	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	EDAD	60 - 69	96	41.03	12	5.13	2	0.85	110	47.01
		70 - 79	44	18.80	5	2.14	0	0.00	49	20.94
		80 ó más	10	4.27	3	1.28	0	0.00	13	5.56
	Sub Total		150	64.10	20	8.55	2	0.85	172	73.50
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	100

En relación con la edad, se puede anotar que entre las personas del estudio con problemas de depresión leve y pérdida sensorial dual, el 5.13% tenían edades comprendidas entre 60 a 69 años, el 2.14% edades entre 70 a 79 años y 1.28% entre 80 a 89 años.

Tabla 26. Pérdidas sensoriales única y dual, según estado civil y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL		SINTOMAS DE DEPRESIÓN						Total	
		Normal		Leve		Severa		f	%
		F	%	f	%	f	%		
Normal	Casado(a)	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
	Viudo(a)	0	0.00	1	0.43	0	0.00	1	0.43
	Sub Total	3	1.28	1	0.43	0	0.00	4	1.71
Pérdida Única	Soltero(a)	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
	Casado(a)	32	13.68	3	1.28	0	0.00	35	14.96
	Viudo(a)	9	3.85	1	0.43	0	0.00	10	4.27
	Separado(a)	3	1.28	0	0.00	0	0.00	3	1.28
	Unión Libre	4	1.71	0	0.00	0	0.00	4	1.71
	Sub Total	54	23.08	4	1.71	0	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	Soltero(a)	12	5.13	0	0.00	0	0.00	12	5.13
	Casado(a)	98	41.88	10	4.27	2	0.85	110	47.01
	Viudo(a)	17	7.26	4	1.71	0	0.00	21	8.97
	Separado(a)	9	3.85	6	2.56	0	0.00	15	6.41
	Unión Libre	14	5.98	0	0.00	0	0.00	14	5.98
	Sub Total	150	64.10	20	8.55	2	0.85	172	73.50
	Total	207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	100

Al diferenciar la información por estado civil se observa que los casados, viudos y separados, con pérdida sensorial dual, presentan síntomas de depresión leve. Al respecto, es relevante anotar que solo el grupo de los casados presentó síntomas de depresión severa en un 0.85%.

Tabla 27. Pérdidas sensoriales única y dual, según estrato socio-económico y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
			1		1		0		2	
		Medio - Bajo		0.43		0.43		0.00		0.85
	Sub Total		3	1.28	1	0.43	0	0.00	4	1.71
Pérdida Única	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Bajo	21	8.97	4	1.71	0	0.00	25	10.68
		Medio - Bajo	23	9.83	0	0.00	0	0.00	23	9.83
		Medio	8	3.42	0	0.00	0	0.00	8	3.42
		Medio - Alto	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		54	23.08	4	1.71	0	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo - Bajo	8	3.42	0	0.00	1	0.43	9	3.85
		Bajo	64	27.35	7	2.99	1	0.43	72	30.77
		Medio - Bajo	55	23.50	9	3.85	0	0.00	64	27.35
		Medio	14	5.98	4	1.71	0	0.00	18	7.69
		Medio - Alto	9	3.85	0	0.00	0	0.00	9	3.85
	Sub Total		150	64.10	20	8.55	2	0.86	172	73.50
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

Puede observarse que al interior del grupo de individuos con pérdida sensorial dual y de estrato socioeconómico bajo, medio-bajo y medio, presentaron problemas de depresión leve, con 2.99, 3.85 y 1.71 % respectivamente; y de estos, los ubicados en estrato bajo-bajo y bajo tuvieron síntomas de depresión severa equivalente a un 0.43 para cada uno de estos.

Tabla 28. Pérdidas sensoriales única y dual, según grado de escolaridad y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL			SINTOMAS DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	%
			f	%	f	%	f	%		
Normal	GRADO ESCOLARIDAD	Primaria	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Técnica	0	0.00	1	0.43	0	0.00	1	0.43
		Profesional	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Post gradual	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		3	1.28	1	0.43	0	0.00	4	1.71
Pérdida Única	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Primaria	5	2.14	1	0.43	0	0.00	6	2.56
		Secundaria	8	3.42	2	0.85	0	0.00	10	4.27
		Técnica	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Profesional	16	6.84	1	0.43	0	0.00	17	7.26
		Post gradual	22	9.40	0	0.00	0	0.00	22	9.40
	Sub Total		54	23.08	4	1.71	0	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	GRADO ESCOLARIDAD	Ninguno	6	2.56	2	0.85	0	0.00	8	3.42
		Primaria	26	11.11	3	1.28	2	0.85	31	13.25
		Secundaria	28	11.97	8	3.42	0	0.00	36	15.38
		Técnica	6	2.56	0	0.00	0	0.00	6	2.56
		Profesional	33	14.10	3	1.28	0	0.00	36	15.38
		Post gradual	51	21.79	0	1.71	0	0.00	55	23.50
	Sub Total		150	64.10	20	8.55	2	0.85	172	73.50
Total			207	88.46	25	10.68	2	0.85	234	100

Las personas del estudio con síntomas de depresión leve y pérdida sensorial dual, estuvo conformada por el 0.85% sin escolaridad, el 1.28% con primaria, el 3.42% con secundaria, el 1.28% profesional y el 1.71% post-gradual. Además del grupo que cursó hasta primaria, el 0.85% presentó depresión severa.

Tabla 29. Pérdidas sensoriales única y dual, según ocupación y síntomas de depresión.

PERDIDA SENSORIAL			SINTOMAS DE DEPRESION						Total	
			Normal		Leve		Severa		f	(%)
			f	%	f	%	f	%		
Normal	OCUPACION	Pensionado(a)	1	0.43	1	0.43	0	0.00	2	0.85
		Ama de casa	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Docente	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Sub Total		3	1.28	1	0.43	0	0.00	4	1.71
Pérdida Única	OCUPACION	Pensionado(a)	25	10.68	2	0.85	0	0.00	27	11.54
		Ama de casa	11	4.70	1	0.43	0	0.00	12	5.13
		Otro	2	0.85	0	0.00	0	0.00	2	0.85
		Sin ocupación	1	0.43	0	0.00	0	0.00	1	0.43
		Docente	15	6.41	1	0.43	0	0.00	16	6.84
	Sub Total		54	23.08	4	1.71	0	0.00	58	24.79
Pérdida Dual	OCUPACION	Pensionado(a)	70	29.91	10	4.27	0	0.00	80	34.19
		Ama de casa	38	16.24	7	2.99	1	0.43	46	19.66
		Otro	9	3.85	1	0.43	0	0.00	10	4.27
		Sin ocupación	7	2.99	0	0.00	1	0.43	8	3.42
		Docente	26	11.11	2	0.85	0	0.00	28	11.97
	Sub Total		150	64.10	20	8.55	2	0.86	172	73.50
	Total		207	88.46	25	10.68	2	0.86	234	100

En cuanto a la variable ocupación de las personas del estudio, se halló que las que tenían síntomas de depresión leve y pérdida sensorial dual, el 4.27% son pensionados, el 2.99% amas de casas, el 0.85% docentes y 0.43% realizan varios oficios. El 0.43% de las amas de casa y de las personas que no reportaron ocupación, manifestaron depresión severa respectivamente.

Asociación estadística entre Pérdidas Sensoriales únicas y duales, síntomas de depresión y características sociodemográficas.

Tabla 30. Asociación entre características sociodemográficas y Síntomas de depresión en los adultos mayores con presencia de pérdida sensorial (única o dual).

Síntomas de Depresión													
Variables demográficas	Pérdida Sensorial Única						Pérdida Sensorial Dual						
	Sin depresión		Con depresión		Prue ba X ²	Valor p	Sin depresión		Con depresión		Prueba X ²	Valor p	
	n	%	n	%	n	%	n	%					
Edad													
60 - 69	37	63.79	3	5.17	0.18	0.913	96	55.81	14	8.14	1.53	0.466	
70 - 79	15	25.86	1	1.72			44	25.58	5	2.91			
80 ó más	2	3.45	0	0.00			10	5.81	3	1.74			
Sexo													
Masculino	32	55.17	2	3.45	1.32	0.717	81	47.09	15	8.72	1.57	0.211	
Femenino	22	37.93	2	3.45			69	40.12	7	4.07			
Estado Civil													
Soltero(a)	6	10.34	0	0.00	1.27	0.867	12	6.98	0	0.00	14.9	0.005**	
Casado(a)	32	55.17	3	5.17			98	56.98	12	6.98			
Viudo(a)	9	15.52	1	1.72			17	9.88	4	2.33			
Separado(a)	3	5.17	0	0.00			9	5.23	6	3.49			
Unión Libre	4	6.90	0	0.00			14	8.14	0	0.00			
Nivel de escolaridad													
Ninguno	1	1.72	0	0.00	5.45	0.364	6	3.49	2	1.16	7.27	0.201	
Primaria	5	8.62	1	1.72			26	15.12	5	2.91			
Secundaria	8	13.79	2	3.45			28	16.28	8	4.65			
Técnica	2	3.45	0	0.00			6	3.49	0	0.00			
Profesional	16	27.59	1	1.72			33	19.19	3	1.74			
Post gradual	22	37.93	0	0.00			51	29.65	4	2.33			
Ocupación													
Pensionado(a)	25	43.10	2	3.45	0.28	0.991	70	40.70	10	5.81	1.75	0.782	
Ama de casa	11	18.97	1	1.72			38	22.09	8	4.65			
Otro	2	3.45	0	0.00			9	5.23	1	0.58			
Sin ocupación	1	1.72	0	0.00			7	4.07	1	0.58			
Docente	15	25.86	1	1.72			26	15.12	2	1.16			
Estrato socioeconómico													
Bajo - Bajo	1	1.72	0	0.00	5.67	0.225	8	4.65	1	0.58	3.05	0.692	
Bajo	21	36.21	4	6.90			64	37.21	8	4.65			
Medio - Bajo	23	39.66	0	0.00			55	31.98	9	5.23			
Medio	8	13.79	0	0.00			14	8.14	4	2.33			
Medio - Alto	1	1.72	0	0.00			6	3.49	0	0.00			
	0	0.00	0	0.00			3	1.74	0	0.00			

*p<0.05

**p<0.01

En correspondencia con la asociación entre las variables pérdida sensorial única o dual, síntomas de depresión y características sociodemográficas se encontró una relación de dependencia entre la pérdida sensorial dual, el estado civil y los síntomas de depresión en los adultos mayores ($p=0,005$).

Tabla 31. Asociación estadística de variables sociodemográficas con síntomas de depresión y pérdida visual.

Variables Socio-demográficas	Síntomas de Depresión	Pérdida Visual
Género	0.461	0.066
Edad	0.625	0.267
Estado Civil	0.023*	0.464
Estrato Socio-Económico	0.087	0.428
Nivel de Escolaridad	0.023*	0.005*
Ocupación	0.050	0.013*
*Significa que tienen un valor- $p < 0.05$, es decir, son dependientes. (Pruebas chi-cuadrado de independencia de las variables)		
Valor p	Pérdida Visual	Síntomas de Depresión
	0.865	

Al valorar la relación entre la pérdida visual con las variables sociodemográficas y síntomas de depresión en la muestra, a través de la prueba estadística Chi cuadrado, se pudo determinar que las subvariables estado civil y nivel de escolaridad tienen una relación de dependencia con los síntomas de depresión; y con respecto a las subvariables sociodemográficas nivel de escolaridad y ocupación existe una relación de dependencia con la pérdida visual. Además de lo anterior, se determinó que la variable pérdida visual y síntomas de depresión son independientes.

Tabla 32. Asociación estadística de variables sociodemográficas con síntomas de depresión y pérdida auditiva.

Variables Socio-demográficas	Síntomas de Depresión Valor p	Pérdida Auditiva Valor p
Género	0.461	0.057
Edad	0.625	0.038*
Estado Civil	0.023*	0.280
Estrato Socio-Económico	0.087	0.688
Nivel de Escolaridad	0.023*	0.855
Ocupación	0.050	0.030*
*significa que tienen un valor-p <0.05, es decir, son dependientes. (Pruebas chi-cuadrado de independencia de las variables)		
Valor p	Pérdida Auditiva	Síntomas de Depresión
0.604		

Al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado para determinar la relación entre la pérdida auditiva con las diferentes subvariables sociodemográficas y síntomas de depresión en los individuos de estudio, se pudo comprobar que el estado civil y el nivel de escolaridad tienen una relación de dependencia con los síntomas de depresión; y para las subvariables edad y ocupación existe una relación de dependencia con la pérdida auditiva. Además de lo anterior, se pudo determinar que de manera general, las variables pérdida auditiva y síntomas de depresión son independientes.

Tabla 33. Cálculo de OR para variables asociadas con el riesgo de depresión en los adultos mayores con presencia de pérdida sensorial única o dual.

Variable	PÉRDIDA SENSORIAL DUAL				
	<i>SITUACION DE DEPRESION</i>				
Estado Civil	CON RIESGO	SIN RIESGO	OR	IC 95%	
Soltero(a)	0	12	0.000	0.000	0.000
Casado(a)	12	98	0.520	0.150	1.803
Viudo(a)	4	17	0.000	0.000	0.000
Unión Libre	0	14	0.000	0.000	0.000
Separado(a)	6	9	1.000		

Al calcular la posibilidad relativa (OR) en los individuos que presentan pérdida sensorial dual para la variable estado civil, que fue la única que mostró significancia estadística, se notó en el estado civil casado un OR: 0.52 (IC 95% 0.150-1.80) lo que se traduce en una menor riesgo de posibilidad de padecer depresión en los casados.

6. DISCUSIÓN

La esperanza de vida de los países desarrollados y en vía de desarrollo se ha incrementado a raíz de los avances científicos, farmacéuticos y tecnológicos, suscitando que cada vez haya más adultos mayores, pero el proceso de envejecimiento que viene ligado al desarrollo biológico humano trae consigo problemas de salud crónicos, entre ellos, las pérdidas sensoriales (auditivas y visuales); nuestro país no está ajeno a esta problemática encontrándose altas prevalencias de pérdidas auditivas y visuales como las reportadas por la encuesta realizada en el año 2005 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)⁴ quien al respecto anota que en Colombia el 17,3% de individuos manifiestan alguna discapacidad auditiva y de ellos 51% tenían 60 años o más y el 43% de personas presentaron alguna discapacidad visual.

En este estudio se encontró, luego del corte, que la proporción de hombres fue mayor, con un rango de edad representativo de 60 a 69 años, en ambos sexos; se evidenció además que el 63,2% de los individuos son casados y el 96,2% tienen alguna ocupación, lo que permite inferir que cuentan con apoyo familiar, social y económico fundamental en esta etapa de la vida, apoyo que según los planteamientos de Villarreal y et al,⁵ son necesarios para disminuir el riesgo, entre otros, de depresión en éste grupo etario. Por su parte los rangos de estrato socioeconómico predominantes fueron los del bajo-bajo al medio-bajo, con un grado de escolaridad pos gradual y el más alto porcentaje de ocupación fue el de pensionado; al respecto de éste último dato sociodemográfico, es de esperarse que con la edad promedio encontrada, los sujetos del estudio ya hayan culminado su etapa productiva, debido a que la ley Colombiana establece que las mujeres se pensionan a los 57 y los hombres a los 62 años⁵².

En cuanto a las pérdidas visuales se notó que éstas fueron ligeramente similares a las pérdidas auditivas (89,3% vs 83,3%), contrario a los hallazgos del estudio de Bernabei et al.,⁵¹ los que observaron en su población de estudio mayor prevalencia de pérdida visual que auditiva. Por su parte Perlmutter et al.,¹⁴ describen en su investigación un porcentaje de pérdidas visuales bilaterales en los adultos mayores de 65 años de alrededor del 30%, pero incluyendo únicamente los rangos de medición visual 20/40 a 20/70, contrario a este estudio que incluyó un rango más amplio, 20/30 a 20/200, y que quizás por ello el

porcentaje hallado fue ligeramente superior (65,82%); además cabe destacar, al respecto de estos datos, que en la información del DANE (2005), reportados en el estudio de Montoya et al.,¹² el departamento de Sucre ocupó junto con los departamentos del Chocó, y Huila, un puesto entre los tres departamentos con mayores problemas de ceguera dentro del país, lo que presupondría que podrían estar influyendo algunos factores ambientales o nutricionales, propios de estos departamentos, en la presencia de problemas visuales.

Con respecto a las pérdidas auditivas, se encontró que el 67,5% de los sujetos participantes presentaron pérdida auditiva bilateral, hallazgos que guardan relación con los porcentajes reportados por Perlmutter et al.,¹⁴ quienes manifiestan que la pérdida auditiva es una enfermedad crónica común cuya prevalencia se encuentra entre el 32 al 87%. La población de éste estudio presenta un predominio del grado de pérdida auditiva leve, contrario a lo hallado por Smith et al.,³³ donde informaron que en su investigación los grados de las pérdidas auditivas predominantes fueron las moderadas a severas.

En relación con las pérdidas sensoriales únicas o duales de los sujetos objeto de investigación, se evidenció que el 24,8% tenían pérdida sensorial única y el 73,5% pérdida sensorial dual, estas últimas están por encima de los porcentajes reportados por Brennan et al.,¹³, Perlmutter et al.,¹⁴ y Smith et al.,³³ quienes estimaron rangos de prevalencia de pérdidas sensoriales duales que oscilan entre el 5% y el 23% de la población adulta mayor, sin embargo es importante señalar que quizás las diferencias en los datos se deba a la falta de unificación en la definición y la manera de hallar los datos de las pérdidas duales.

Por otra parte, la presencia de síntomas de depresión leve o severa, se vio reflejada en un porcentaje del 11,6%, cifra ligeramente superior con la emitida por la OMS⁴³, cuando afirma que el promedio de depresión en el mundo está 10%; también se observó que el porcentaje de depresión leve fue superior al de depresión severa (10,7% Vs 0,9%) lo que concuerda con lo manifestado por Capella-Macdonnall¹⁶ acerca de que la depresión leve es más frecuente en adultos mayores que la depresión severa. En cuanto al porcentaje de síntomas de depresión en personas con solo pérdida visual, éste fue análogo al de personas con solo pérdida auditiva (10,25% Vs 10,26%), pero ligeramente superior en personas que presentaban pérdida sensorial dual (11,11%) hallazgos que fueron similares a los de Kiely et al.,⁴⁵ en el sentido que, ellos encontraron entre los sujetos que tenían pérdidas sensorial dual más altos niveles en la puntuación del

test de depresión que los que solo manifestaban pérdida auditiva; pero diferente a lo reportado por Capella-MacDonnall³⁵, quien encontró porcentajes de depresión que oscilaban entre el 28 y el 43% entre personas con pérdida visual o combina de pérdida visual y auditiva; los datos anteriores, permiten observar que la prevalencia de síntomas de depresión leve o severa en sujetos con pérdidas sensoriales duales de esta población de estudio, es ligeramente superior con la prevalencia de síntomas de depresión en el mundo.

Pérdida Visual y Síntomas de Depresión

En la muestra se halló una mayor prevalencia de pérdida visual bilateral entre el género femenino con respecto al masculino, contrario a lo manifestado en el estudio de Bernabei et al.⁵¹ quienes en su población con pérdida visual no hallaron diferencia entre los géneros. Así mismo en este estudio el 88.2% de la población de 60 a 69 años presentó alguna pérdida visual bilateral en comparación con el 93.32% de las personas de 80 años o más, hallazgo que está en relación con lo encontrado por Bernabei et al.,⁵¹ donde reportan que fue más común en personas de más de 75 años hallar los problemas visuales y un estudio de Hernández-Narváez et al.,⁵³ quienes observaron, al relacionar los trastornos visuales con las variables sociodemográficas, únicamente significancia estadística entre los grupos de edad y las pérdidas visuales, ellos notaron que a mayor edad, mayor presencia de este padecimiento; sin embargo en una investigación de Harada et al.,⁴⁷ expusieron que la prevalencia de pérdidas visuales en los hombres no aumentó con la edad.

Es relevante mencionar que entre las personas de estratos bajo-bajo a medio-bajo se presentaron más porcentajes de pérdidas visuales bilaterales en comparación con las personas ubicadas entre los estrato medio a alto, lo que puede sugerir, según lo determinado por Rincón⁵⁴, que el cuidado que se le da a la salud visual éste conexo con la falta de recursos económicos y el acceso a los servicios de salud.

Con respecto a la relación entre la pérdida visual y los síntomas de depresión en este estudio se encontró que el género masculino fue más propenso a presentar pérdida visual y síntomas de depresión que el femenino, y el rango de edad más vulnerable a presentar pérdida visual y síntomas de depresión fue el de 60 a 69 años, resultados contrarios a los hallados por las investigaciones de Bernabei et

al.,⁵¹, y Harada et al.,⁴⁷, quienes encontraron una relación positiva más evidente entre el sexo femenino y los participantes mayores de 75 años con las pérdidas visuales y la depresión.

Otro rasgo para resaltar corresponde al estrato socioeconómico donde es importante anotar que en los sujetos de la muestra con pérdida visual bilateral pertenecientes a estratos más bajos se evidenciaron mayores porcentajes de síntomas de depresión leve o severa en comparación con los individuos de los estratos medio a alto, hallazgos que pueden sugerir que los ingresos bajos pueden traducirse en un riesgo mayor a padecer trastornos mentales como lo respalda Vázquez et al.,⁵⁵.

Con relación a la escolaridad los sujetos con niveles escolares más bajos fueron más tendientes a presentar pérdida visual y síntomas de depresión que los sujetos con más altos grados de escolaridad, lo que está en concordancia con lo reportado por Giacomani et al.,⁵⁶ donde afirman que estudios recopilados han determinado que la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros de síntomas depresivos en la población adulta mayor.

Sobre el estado civil se puede citar que en las personas con pérdida visual bilateral pertenecientes al grupo de los casados el 4,27% presentaban síntomas de depresión leve o severa, seguido del 2,56% de los separados y el 1,28% de los viudos, lo cual está en contraposición con lo reportado en los diferentes estudios o teóricos revisados, entre ellos Chou et al.,⁵⁰ Bernabei et al.,⁵¹ Vázquez et al.,⁵⁵, quienes determinaron que el grupo de los viudos y separados con pérdida visual eran más tendientes a presentar síntomas de depresión, explicado según estos investigadores por la relación con la atención familiar que pueden tener los adultos que viven con sus parejas o viven solos. Sin embargo cabe anotar que dentro de este estudio no se indagó sobre el nivel de satisfacción emocional que puedan tener los casados dado las diferentes situaciones que da la interacción de convivencia con la pareja y que quizás pueda interferir en el estado de salud emocional.

Los individuos con pérdida visual bilateral, amas de casa, pensionados y sin otra ocupación se hallaron entre los que presentan mayor frecuencia de síntomas de depresión leve o severa a diferencia de las que tienen otras ocupaciones o son

docentes. Vázquez, et al.,⁵⁵ encontraron algo similar, ellos exponen que entre las personas sin ocupación por más de cinco años, desempleados, amas de casas, tenían un riesgo aumentado de presentar depresión en comparación con trabajadores y estudiantes.

Ante la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado, no se encontró relación estadística de dependencia entre las pérdidas visuales y los síntomas de depresión en las personas de este estudio ($p=0,865$), lo cual está en contraposición a lo hallado por Bernabei et al.,⁵¹ quienes observaron una asociación positiva entre la pérdida visual y el síndrome depresivo, más evidente en mujeres que en hombres, esta diferencia podría deberse a las condiciones socioculturales y familiares de cada población, o que el presente estudio sólo incluyó sujetos que no estaban diagnosticados previamente con depresión, pero de todas maneras, los rangos de edades fueron similares en ambas investigaciones. Otra razón puede ser la manifestada por Chou et al.,⁵⁰ quien afirma que la pérdida visual es común en la edad adulta y puede ser considerada como inevitable en la vejez, como resultado las personas mayores tienden a ignorar las alteraciones o el impacto del empeoramiento de su capacidad visual.

Pérdida Auditiva y Síntomas de Depresión

En la población estudiada se encontró una mayor prevalencia de pérdidas auditivas en el género masculino; y los sujetos ubicados en el rango de 80 o más años, resultados que al relacionarlos con los obtenidos por Cano et al.,⁸ muestran algunas diferencias, puesto que ellos reportan una mayor prevalencia en el género femenino, sin embargo en cuanto a la edad, evidencian una prevalencia predominante de pérdidas auditivas en el grupo de más de 75 años, al igual que lo reportado por Harada et al.,⁴⁷ quienes determinaron que sus participantes con pérdida auditiva eran más viejos.

Por otra parte en los estratos bajo-bajo a medio-bajo, la prevalencia de pérdidas auditivas fue superior en relación con los estratos medio a alto. Esto concuerda con lo demostrado por Cano et al.,⁸ quienes encontraron mayor prevalencia de ésta pérdida entre los estratos socio económico bajo - bajo y bajo vs medio a alto. Así mismo, en cuanto al grado de escolaridad, el grupo de sujetos más prevalentes a presentar pérdida auditiva, fue el sin escolaridad, similar a lo afirmado por Cano et al.,⁸ quienes obtuvieron en su investigación

mayor prevalencia de pérdida auditiva entre personas analfabetas que entre personas de más de 6 años de nivel educativo.

En cuanto a la relación de las pérdidas auditivas y los síntomas de depresión, es importante anotar que se observó más tendencia de hallar en las personas con pérdida auditiva bilateral síntomas de depresión leve que en las personas con pérdida unilateral o sin pérdida auditiva, y esta predisposición es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres; situación que se relaciona con resultados similares a los obtenidos por Harada et al.,⁴⁷ los cuales encontraron que en los hombres la pérdida auditiva se relaciona con probabilidades elevadas de depresión, incluso después de ajustarlos por covariables; además los planteamientos de autores citados por Millán- Calenti et al.,⁷ señalan que en las personas con pérdidas auditivas bilaterales existen mayores porcentajes de depresión que entre sujetos que oyen bien; lo anterior se complementa con lo descrito por Brennan et al.,¹³ ellos revelan que las pérdidas auditivas, dependiendo del tipo y del grado, actúan sobre la capacidad de discriminación produciendo un nivel de interrupción en la comunicación, lo que afecta el desarrollo de las actividades de la vida normal cotidiana.

Hay que mencionar, además que los sujetos con pérdida auditiva bilateral ubicados en el rango de edad de 60-69 años, el 4,7% de ellos presentó síntomas de depresión leve o severa, continuándole en forma descendente el 2,14% del grupo de 70 a 79 años y el 1,28% de los de 80 años o más, con síntomas de depresión leve; sin embargo, hay que observar que la quinta parte del grupo de los de 80 años o más (21,4%) presentaron síntomas de depresión leve en contraste con los de rango de 60 a 69 años en quienes la décima parte (11,5%) manifestó síntomas de depresión leve o severa, esto sugiere, al interior de estos grupos, que a mayor edad, más frecuencia de pérdida auditiva y síntomas de depresión en los adultos mayores, lo que concuerda con lo planteado por autores como Harada et al.,⁴⁷ y Perlmutter et al.,¹⁴.

Sobre el estado civil cabe destacar que en las personas con pérdidas auditivas bilaterales del grupo de los casados se observó un 4,7% de ellos con síntomas de depresión leve o severa, siguiéndoles los viudos y separados en igual proporción con un 1,71%. Es importante resaltar que del total de personas separadas (5,13%), la tercera parte de ellas presentan síntomas de depresión leve y en el caso de los viudos del 8,12% del total de ellos, un poco menos de la sexta parte, manifiestan síntomas de depresión leve, y al interior del grupo de los

casados, del total de ellos 42,02%, solo aproximadamente la décima parte, observan síntomas de depresión leve o severa. Es decir, los separados y los viudos con pérdida auditiva presentan una mayor frecuencia de síntomas de depresión; lo que permite inferir una cercanía con los planteamientos de Vázquez et al.,⁵⁵ y Villarreal et al.,⁵ cuando sostienen, los primeros, que la separación y la viudez actúan como acontecimientos vitales estresantes y afectan la red de apoyo social, y los segundos que el apoyo social y familiar son una red fundamental para la disminución del riesgo a la depresión. Sin embargo un estudio llevado a cabo por Bernabei et al.⁵¹ no halló relación entre las pérdidas auditivas, los síntomas de depresión y el estado civil.

Los sujetos con pérdida auditiva bilateral que pertenecían a los rangos de estrato socioeconómico bajo-bajo a medio- bajo observaban mayor frecuencia de síntomas de depresión leve o severa en correspondencia con lo que ha venido mencionando Vázquez et al.,⁵⁵ acerca de que los ingresos bajos pueden traducirse en un riesgo mayor a padecer trastornos mentales.

En la escolaridad, se puede evidenciar en los sujetos con menos niveles o sin ningún nivel de ella, que presentaban pérdida auditiva bilateral, se observó mayor frecuencia de depresión leve o severa, hallazgo relacionado con lo citado por Chuang et al.,⁴⁶ quienes notaron que los menores niveles educativos estaban fuertemente asociados con la pérdida auditiva y la depresión. Con la categoría de ocupación entre los sujetos con pérdida auditiva bilateral se encontró que las amas de casa, pensionados y sin ninguna ocupación presentaban porcentajes más altos de síntomas de depresión, lo que sigue mostrando correspondencia con los planteamientos de Vázquez et al.,⁵⁵ quienes relacionan el ingreso económico y la ocupación con la sintomatología de depresión.

Estadísticamente, no se estableció una relación de dependencia entre las pérdidas auditivas y los síntomas de depresión, con un $p=0,604$, lo cual se correlaciona con lo precisado por Sugawara et al.,⁴⁹ quienes no encontraron asociación entre las pérdidas auditivas y la depresión en su población de estudio; por su lado, Pronk et al.,⁵⁸ indica que padecer una pérdida auditiva trae un aumento en la soledad del adulto mayor, pero que no presenta una mayor predisposición para la aparición de la depresión; por el contrario, Chuan-Ming et al.,⁴⁷ y Millán- Calenti et al.,⁷ describen una fuerte asociación entre las pérdidas auditivas y la depresión en los adultos. La relación de dependencia que si se encontró en este estudio, fue entre la pérdida auditiva y la edad ($p=0,038$), esta

relación podría sustentarse en lo expuesto por Pedraza, et al.,⁵⁷ quien sostiene que a mayor edad más pérdida auditiva por el degeneramiento de la cóclea a partir de los 40 años de edad.

Pérdida Sensorial Única o Dual y Síntomas de Depresión

Al considerar los resultados de la prevalencia de pérdida sensorial única o dual, en la muestra de este estudio se encontró una ligera diferencia entre los géneros, en donde en las pérdidas únicas las mujeres superaron a los hombres (25,75% mujeres vs 23,52% hombres), de igual manera, el rango de edad prevalente fue el de 60 a 69 años, contrastándose con los hallazgos reportados por Kiely et al.,⁴⁵ quienes manifiestan que los sujetos que solo tienen pérdidas auditivas en su mayoría son hombres, e incrementándose ligeramente la tendencia con la edad, mientras que en los sujetos con únicamente pérdida visual la prevalencia se halla en los grupos de menor edad. Por el contrario en las pérdidas duales se halló una mayor prevalencia en los hombres (74,5% vs 72,2%), hallazgo relacionado con los resultados obtenidos por Kiely et al.,⁴⁵ quienes observaron, entre otros aspectos, que los sujetos con pérdida sensorial dual tenían más probabilidad de ser hombres.

En el grupo de individuos de 80 y más años se observó una alta prevalencia de pérdida sensorial dual; en cuanto al grado de escolaridad, el grupo de sujetos más prevalente a presentar pérdida sensorial dual fueron aquellos ubicados en las categorías de ninguna escolaridad y escolaridad primaria, datos similares a los hallazgos de Kiely et al.,⁴⁵ quienes manifestaron que en su estudio las personas más viejas y de niveles más bajos de educación tuvieron mayor tendencia a presentar pérdida sensorial dual. Sobre los estratos bajo-bajo a medio-bajo, se puede anotar que la prevalencia de pérdidas duales fue menor en relación con los estratos medio a alto, así mismo el estado civil predominante en los sujetos con pérdida sensorial dual fue el separado, éste último resultado es contrario a lo hallado por Kiely et al.,⁴⁵ quienes obtuvieron en su investigación mayor prevalencia de pérdida sensorial dual entre personas viudas.

Por otra parte, en cuanto a la relación de las pérdidas sensoriales con los síntomas de depresión se encontró que entre los hombres con pérdida sensorial dual hubo mayor probabilidad de tener cualquier grado de síntomas de depresión que en las mujeres (6,41% Vs 2,99%). En el grupo de personas con edades de

60 a 69 años que presentaron pérdida sensorial dual, se observó un mayor porcentaje de éstas con cualquier síntoma de depresión, en comparación con los del mismo rango de edad, pero que tenían pérdida única o no tenían pérdida sensorial. Es relevante citar que al interior del grupo de los sujetos con pérdida sensorial dual, en el rango 80 años o más (5,56%), el 23% de ellos presentaban síntomas de depresión leve, pero no fue así en los sujetos de ese rango de edad que observaban pérdida sensorial única o no tenían pérdida sensorial; resultados contrarios a los reportado por Capella-McDonnall,³⁵ quien halló en su estudio que el efecto de las pérdidas sensoriales duales en adultos mayores sobre la depresión no fue diferente en cuanto al género o edad; sin embargo en el estudio de Chou et al.,⁵⁰ si mostró un efecto relacionado con la edad y el género entre las relación de las pérdidas sensoriales duales y la depresión.

Los hallazgos de éste estudio con relación a la edad y el género y los síntomas de depresión pueden explicarse de acuerdo con los planteamientos de Brennan et al.,¹³ y Perlmutter et al.,¹⁴ quienes afirman que en las pérdidas únicas los individuos dependen de sus otros sentidos para compensar el deterioro existente, pero en las pérdidas duales los sujetos tienen muchas dificultades para la compensación sobre todo si se está en la ancianidad, lo que trae como consecuencias alteraciones en la salud mental y el bienestar de los adultos mayores. Por su parte Montesó-Curto et al.,⁵⁹ anotan que la depresión en el género femenino disminuye a partir de los 65 años y aumenta en los varones a partir de los 65 años, ya que es el momento en que los cambios físicos los afectan con más intensidad.

Los sujetos de estrato bajo-bajo a medio -bajo, los pensionados, las amas de casa y los que cursaron el grado de escolaridad secundaria, con pérdida dual, presentaron mayor prevalencia de cualquier grado de síntomas de depresión en comparación con los mismos grupos de persona pero que tenían pérdida única, resultados que son similares con las apreciaciones ya expuestas de Vázquez et al.,⁵⁵ y Giacomani et al.,⁵⁶ y con el hallazgo de Capella-MacDonnall³⁵ quien evidenció que al interior de sus participantes, con pérdida sensorial dual y síntomas de depresión, eran menos educados.

Sobre el estado civil se puede anotar que las personas con pérdida sensorial única dentro del grupo de los casados y viudos el 1,28% y el 0,43% respectivamente presentaron síntomas de depresión leve, pero en las personas con pérdida sensorial dual, pertenecientes al grupo de los casados, el 5,12% presentaban

síntomas de depresión leve o severa, seguidos por el grupo de los separados con 2,56% y el de los viudos con 1,71%. Estos hallazgos son diferentes a los expuestos por Chou et al.,⁵⁰ donde encontraron que los que nunca se han casado y los divorciados con pérdida sensorial dual tenían más riesgo de depresión y a los hallazgos de Capella – MacDonnall³⁵ quien halló que los viudos con pérdida sensorial dual eran más tendientes a presentar depresión.

De los datos de pérdida dual, es importante resaltar que del total de personas separadas y de los viudos, un poco más de la tercera parte de los primeros y un poco más de la sexta parte de los segundos presentaban síntomas de depresión leve. Finalmente del total de los casados, aproximadamente la décima parte observaron síntomas de depresión leve o severa. De lo anterior se puede deducir que los separados y los viudos son grupos que presentan mayor frecuencia de síntomas de depresión leve, datos que se relacionan con los hallazgos de Capella- MacDonnall³⁵ y Chou et al.,⁵⁰.

A través de La prueba estadística Chi cuadrado no se encontró una relación de dependencia entre la pérdida sensorial única y los síntomas de depresión, pero sí se encontró una relación de dependencia entre la pérdida sensorial dual y los síntomas de depresión con la variable estado civil ($p=0,005$); con respecto a las pérdidas sensoriales duales se pudo evidenciar que, el estar casado se muestra como un factor que disminuye la posibilidad de depresión, con un valor OR:0,52 (IC95%:0,15-1,80), resultado que concuerda con lo expuesto por Villarreal et al.,⁵ cuando afirman que el apoyo familiar permite entre otros aspectos reducir el riesgo de depresión. En contraste Capella- MacDonnall³⁵ luego de valorar aspectos como el nivel socioeconómico, el apoyo social y el nivel de educación, encontró que los sujetos con pérdida sensorial dual no fueron más propensos a padecer síntomas depresivos que aquellos con pérdida visual, pero si más propensos que los individuos que presentaban pérdida auditiva solamente; a su vez Kiely et al.,⁴⁵ quienes en su grupo de adultos mayores las estimaciones de análisis ajustados permitieron observar que en los sujetos con pérdida sensorial dual habían elevados niveles de síntomas de depresión en comparación con aquellos sin pérdida sensorial.

7. CONCLUSIONES

En este estudio los hombres superaron en número a las mujeres, el rango de edad dominante fue el de 60 a 69 años; el estrato socioeconómico sobresaliente fue el bajo. Predominaron los sujetos con un nivel de escolaridad pos gradual y los casados. En cuanto a la ocupación los pensionados ocuparon el primer lugar.

Relacionado con las pérdidas visuales se evidenció que el género masculino, el rango de edad de 60 a 69 años, los casados, amas de casa y pensionados, los de grado escolaridad y estratos socioeconómicos más bajos fueron más propensos a presentar pérdidas visuales y síntomas de depresión. En cuanto a las pérdidas auditivas se logró obtener que en el género masculino, los de rango de edad de 60 a 69 años, a su vez los separados, los de estrato socioeconómico bajo-bajo a medio-bajo, los de grado de escolaridad más bajo, las amas de casa y pensionados presentan más tendencia a presentar pérdida auditiva y síntomas de depresión.

En cuanto a las pérdidas sensoriales se notó que la prevalencia de pérdidas sensoriales duales está por encima de las reportadas por otros estudios relacionados; sin embargo la prevalencia de personas con pérdida dual y síntomas de depresión sigue una tendencia coincidente con algunas investigaciones similares. Haciendo referencia específicamente a las pérdidas sensoriales únicas se observó que hubo más prevalencia entre las mujeres, en el rango de edad de 60 a 69 años, en los sujetos solteros, en el estrato medio, con escolaridad profesional y con ocupación docente. Acerca de las pérdidas sensoriales duales estas fueron más evidentes en los hombres, en el rango de edad de 80 a más años, con grados de escolaridad bajo, sin ocupación y de estado civil separados. A partir de la prueba estadística Chi cuadrado no se pudo establecer relación de dependencia entre las pérdidas únicas y los síntomas de depresión.

Con respecto a los sujetos con pérdida sensorial dual hubo una mayor frecuencia de síntomas de depresión leve o severa en el género masculino, en el rango de edad de 60 a 69 años, en los estratos bajo-bajo a medio-bajo, en los pensionados

y amas de casas, en los de escolaridad secundaria, y en los casados. A través de la prueba Chi cuadrado, se pudo encontrar relación de dependencia entre la pérdida sensorial dual, el estado civil y los síntomas de depresión, donde el estar casado se muestra como un factor que disminuye la posibilidad de depresión, sin embargo no se pudo establecer una relación de causalidad entre la pérdida sensorial dual, los síntomas de depresión y el estado civil.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda profundizar en el proceso de adaptación, que sufre el sujeto con pérdida sensorial única o dual, a fin de esclarecer su vínculo con la aparición de síntomas de depresión en la población adulta mayor, puesto que ésta investigación muestran tendencias que se deben tener en cuenta para continuar con estudios en la región, dado el incremento de la población adulta mayor, y poder así trazar programas de promoción y prevención más contextualizados desde la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento 2002. Disponible en www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva N°404. Septiembre de 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/
3. Arango VE, Ruiz IC. Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia. Fundación Saldarriaga y Concha [Internet]. 2006. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Colombia. Proyecciones de Población Nacionales y Departamentales 2006-2020. Censo 2005. Disponible en: www.dane.gov.co
5. Villarreal G, Month E. Condición socio-familiar, asistencial y funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. 2012;28(1):75-87.
6. Medellín G, Tascón E. Atención Primaria en Salud. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Tomo II: Edad Escolar a Adulto Mayor. OPS. Primera Edición. Bogotá: Editorial Guadalupe; 1995.
7. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, García-Monasterio I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: Revisión de literatura. Revista española de geriatría y gerontología [Internet]. 2011[citado 5 abril 2015];46(1):30-35. Disponible en: <http://www.elsevier>
8. Cano C, Borda M, Arciniega A, Parra J. Problemas de la audición en el adulto mayor. Factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. Revista biomédica [internet]. 2014 [citado 5 abril 2015];34(4):574-579. Disponible en: www.revistabiomedica.org/index.php/biomédica/article/view/2352/2566

9. Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición. Nota descriptiva N°300, Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
10. Instituto Nacional de Sordos INSOR. Observatorio Social Población Sorda Colombiana. Boletín N°5 Estadísticas e Información para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población sorda en Colombia, 2013. Disponible en: <http://www.insor.gov.co/historico/images/bolet%C3%ADn%20observatorio.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y Discapacidad Visual. Nota descriptiva N°282, Agosto 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
12. Montoya P, Herrera M, Serrano M, Belalcázar S, Delgado M, Gutiérrez A, Figueroa G. Prevalencia y factores asociados a glaucoma en población negra nativa del Chocó, 2008. Revista ciencia tecnología salud visual [internet]. 2011 [citado 12 septiembre 2015];129(1):117-123. Disponible en: <http://www.inci.gov.co/observatoriosocial/analisis-situacional/salud/file/18-prevalenciay-factores-asociados-a-glaucoma-en-poblacion-negranativa-del-choco>
13. Brennan M, Bally S. Psychosocial Adaptations to Dual Sensory Loss in Middle and Late Adulthood. Journal Trends in Hearing [Internet]. 2007 [citado 22 marzo 2015];11(4):281-300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177%2F1084713807308210>
14. Perlmuter M, Bhorade A, Gordon M, Hollingsworth H, Baum C. Cognitive, Visual, Auditory and Emotional Factors that Affect Participation in Older Adults. American Journal of Occupational Therapy [Internet]. 2010 [citado 22 marzo 2015];64(4):570-579. Disponible en: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1854545>
15. Schneider J, Gopinath B, McMahon C, Leeder S, Mitchell P, Wang JJ. Dual Sensory Impairment in Older Age. Journal Aging Health [Internet]. 2011 [citado 22 marzo 2015];23(8):1309-1324. Disponible en: doi 10.1177/0898264311408418.
16. Capella-McDonnall M. The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. International journal of geriatric psychiatry [Internet]. 2005 [citado 22 marzo 2015];20(9):855-861. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16116571>

17. Tambs K. Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag hearing loss study. *Journal of psychosomatic medicine* [Internet]. 2004[citado 22 marzo 2015]; 66(5):776-782. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15385706>
18. Herrero Y, López-TorresHidalgo JD, De Hoyos MC, Baena J, GorroñoGoitia A, Martín, I. Actividades preventivas en los mayores. *Atención primaria* [Internet]. 2012 [citado 28 febrero 2016];44(1):57-64. Disponible en: www.elsevier.es
19. Wagner F, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental* [Internet]. 2012 [citado 5 junio 2015];35:3-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>
20. Secretaria distrital de salud de Bogotá. Definición de “ciclo vital” dentro de la estrategia promocional lineamientos PAB 2007. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/Politic%20en%20Resolucin/POLITICA%20PARA%20LA%20SALUD%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20TRABAJADO%20RES\(AS\).pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Politic%20en%20Resolucin/POLITICA%20PARA%20LA%20SALUD%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20TRABAJADO%20RES(AS).pdf)
21. Fernández-Ballesteros R. *Psicología de la Vejez: Psicogerontología Aplicada*. Madrid: Editorial Pirámide; 2008.
22. Universidad autónoma de Madrid Documento publicado agosto 15 de 2005. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/.../2.../temas/unidad1/2/tema2.p
23. Rodríguez K. *Vejez y envejecimiento*. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Escuela de medicina y ciencias de la salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2010. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
24. Congreso de la República. Ley 1251 de 2008. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm
25. Millán-Calenti JC. *Gerontología y Geriátrica. Valoración e Intervención*. Madrid: Editorial Panamericana; 2011.

26. Castanedo C, García M, Noriega M, Quintanilla M. Consideraciones Generales sobre el Envejecimiento. En Política Nacional del Envejecimiento y Vejez. 2007. Disponible en: www.funlibre.org/documentos/.../PoliticaNalDeEnvejecimientoyVejez.pdf

27. Castillo F D, Vela PF. Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo [Internet]. 2005 [citado 9 noviembre 9 2015];11(45):107-141. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140574252005000300006&script=sci_arttext

28. Ocampo, JM. Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. Persona bioética [Internet] 2005. [citado 9 noviembre 9 2015]; 9(2):46-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83209203>

29. Organización Mundial De La Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa8.pdf

30. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas[Internet]. 2005 [citado 14 Septiembre 2015];1(2):125-137. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002

31. Rodenas I, García M, Borda J, Flores M, Martínez C. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Editorial International Marketing y Comunicación; 2006.

32. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. CIF. Versión abreviada. España: Editorial IMERSO; 2001.

33. Smith S L, Bennett L, Wilson R. Prevalence and characteristics of dual sensory impairment (hearing and vision) in a veteran population. Journal of Rehabilitation Research and Development [Internet]. 2008 [citado 19 junio 2015]; 45(4):597-610. Disponible en: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/4/Smith.html>

- 34.** Heine C, Browning C. Mental Health and Dual Sensory loss in older adults: a Systematic review. *Frontiers in aging neuroscience* [Internet]. 2014 [citado 9 noviembre 2015];6:83. Disponible en: www.Frontiersin.org.
- 35.** Capella McDonnall M. The effect of developing a dual sensory loss on depression I older adults: a longitudinal study. *Journal Aging Health* [Internet]. 2009 [citado 25 enero 2016];21(8)1179-1199. Disponible en: doi: 10.1177/0898264309350077.
- 36.** Martin R, Vecilla G. *Manual de Optometría*. Madrid: Editorial Panamericana; 2011.
- 37.** Organización Mundial de la salud. Visual agudeza visual 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- 38.** Gómez. O. *Audiología Básica*. Bogotá: editorial Universidad Nacional; 2006.
- 39.** Rivas J, Ariza H. *Tratado de Otología y Audiología*. Bogotá: Editorial Amolca; 2007.
- 40.** ASHA. *Audiología serie informativa. Tipo, grado y configuración de la Pérdida de Audición*. 2012. Disponible en: <http://www.asha.org/uploadedFiles/Tipo-grado-y-configuracion-de-laperdida-de-audicion.pdf>
- 41.** Arbeláez P, Brigard M, Escobar M, Jimeno L, Manrique M, Ojeda M, Páez A. Protocolos. *Audiología hoy. Revista Colombiana de Audiología*. 2006;3(3):82-107.
- 42.** Wikipedia [internet]. Estados Unidos: Wikimedia; 2001 [actualizada mayo 2016; citado 5 junio 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental
- 43.** Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Comunicado de prensa OMS/Banco Mundial. Abril 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

- 44.** Organización Panamericana de la Salud OPS. Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores. 2002. Editorial INFASOL. Disponible en: http://www.saludquillota.cl/biblioteca/gestion_tecnica/admision/Documentos%20de%20Geriatría%20en%20APS/Geriatría%20Equipos%20de%20APS%202012/Guía%20clínica%20atención%20primaria%20a%20las%20personas%20adultas%20mayores%202004%20OPS%20OMS.pdf
- 45.** Kiely KM, Anstey KS, Luszcz M. Dual sensory loss and depressive symptoms: the importance of hearing, daily functioning and activity engagement. *Frontiers in Human neuroscience* [Internet]. 2013 [citado enero 25 2016];7(83). Disponible en: doi: 10.3389/fnhum.2013.00837.
- 46.** Chuan-Ming L, Xinzhi Z, Hoffman H, Cotch M, Thermnn C, Wilson R. Hearing impairment associated with depression in US adults, national health and nutrition examination survey 2005-2010. *JAMA otolaryngology-head & neck surgery* [Internet]. 2014 [citado 25 enero 2016];140(4):293-302. Disponible en: doi:10.1001/jamaoto.2014.42
- 47.** Harada S, Nishiwaki Y, Michikawa T, Kikuchi Y, Iwasawa S, Nakano M, Isigami A, Saito H, Takebayashi T. Gender difference in the relationships between vision and hearing impairments and negative well-being. *Journal preventive medicine* [Internet]. 2008 [citado 16 septiembre 2015]; 48(8):433-437. Disponible en: doi: 10.1016/j.jpmed.2008.06.011.
- 48.** Hogan A, O'Loughlin K, Miller P, Kendig H. The health impact of a hearing disability on older people in Australia. *Journal of aging and health* [Internet]. 2009 [citado 2016 enero 25];21(8):1098-1111. Disponible en doi: 10.1177/0898264309347821
- 49.** Sugawara N, Sasaki A, Yasui- Furukori N, Kakehata S, Takashi V, Namba A, Nakaji S, Shinkawa H, Kaneko S. Hearing impairment and cognitive function among a community-dwelling population in Japan. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 25 enero 2016];10:27. Disponible en: <http://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-10-27>
- 50.** Chou K L, Chi I. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in elderly Chinese. *Journal geriatric psychiatry* [Internet]. 2004 [citado 2 febrero 2016];19(9):825-832. Disponible en doi: 10.1002/gps1174

- 51.** Bernabei V, Morinj V, Moretti F, Marchiori A, Ferrari B, Dalmonte E, De Ronchi D, Atti R. Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Journal aging mental health* [Internet]. 2011 [citado 5 junio 2015];15(4):467-474. Disponible en. doi: 10.1080/13607863.2011.562483.
- 52.** Congreso de la República de Colombia. Ley 797 de 2003. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Ley_797_de_2003.pdf
- 53.** Hernández-Narváez M, Olivares-Luna A, Carrillo-Hernández A, Tovar-Méndez G, González-Pedraza A. Prevalencia de trastornos visuales y su relación con la funcionalidad en adultos mayores. *Revista cubana de oftalmología* [Internet]. 2015 [citado 30 julio 2016];28(2):190-197. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
- 54.** Rincón O. La salud ocular en el contexto colombiano de la seguridad social en salud. Tesis de grado. Universidad de Santander; 2005. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2005/118587.pdf>
- 55.** Vázquez JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid. Ediciones grupo aula medica; 1999.
- 56.** Giacomani C, Funes D, Guzman L, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Revista Diálogos sobre Educación* [Internet]. 2011 [citado 4 mayo 2016];1(2):1-10. Disponible en: <http://revistadiálogos.cucsh.udg.mx/sites/default/files/depresionyescolaridad.pdf>
- 57.** Pedraza Z, Delgado M. El déficit de audición en la tercera edad. *Revista Facultad de Medicina UNAM* [Internet]. 2008 [citado 30 julio 2016];51(3):91-95. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/
- 58.** Pronk M, Deeg D, Kramer S. Hearing status in older person: a significant determinant of depression and loneliness? Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *American Journal of Audiology* [Internet]. 2013 [citado 4 mayo 2016];22(2):316-230. Disponible en: doi: 10.1044/1059-0889.
- 59.** Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención primaria* [Internet]. 2014 [citado 6 septiembre 2016];46(3):167-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>

ANEXOS

Anexo 1. Autorización Comité Bioética



Universidad de Sucre
Visible para todos

Comité de Bioética

CIB/001/15

Sinacelejo, mayo 25 de 2015

Profesora

KARINA UCROS FUENMAYOR

Departamento de Fonoaudiología

Universidad de Sucre

Cordial Saludo:

El Comité Institucional de Bioética de la Universidad de Sucre decidió dar aval al proyecto titulado **"RELACIÓN ENTRE LA PERDIDA SENSORIAL ÚNICA O DUAL Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN UNA CIUDAD DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE, 2015,"**, como consta en el acta No.01 del 3 de junio de 2015. Este Comité consideró que la propuesta en mención cumple con las normas bioéticas que rigen el quehacer científico, en cuanto a experimentación con humanos y animales se refiere.

Cordialmente,

ALEXANDER PEREZ CORDERO

Presidente

Carrera 28 No. 5 – 267 Barrio Puerta Roja – Sinacelejo – Colombia
NIT 892.200.323-9
Línea Gratuita de Atención 01-8000-945268
PAX (57 +5) 2821240
Página Web: www.unisucre.edu.co



Anexo 2. Instrumento de Recolección de la Información

Fecha _____

Código _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____ Estratificación: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Separado _____ Unión Libre _____

Escolaridad: Si _____ No _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Profesional _____ Pos Gradual _____

Ocupación _____ Dirección _____

Teléfono _____ Firmó Consentimiento Informado SI _____ No _____

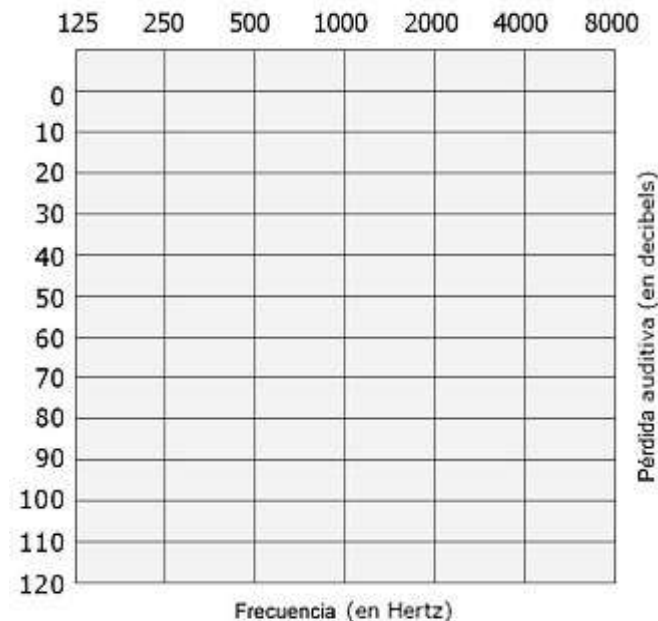
• Valoración Auditiva

Otoscopia: O.D. _____

O.I. _____

Audiometría

PTP: O.D. _____ O.I. _____



Normal O.D. _____ O.I. _____
 Pérdida leve O.D. _____ O.I. _____
 Pérdida Moderada O.D. _____ O.I. _____
 Pérdida severa O.D. _____ O.I. _____
 Pérdida Profunda O.D. _____ O.I. _____
 Sordera O.D. _____ O.I. _____

Pérdida Unilateral _____ Bilateral _____

• Valoración Visual

Pérdida: Unilateral _____

Bilateral _____

Agudeza visual

Normal _____ Leve _____ Baja visión _____ Ceguera _____

Snellen Rango	Ojo derecho		Ojo izquierdo	
	AVsc	AVcc	AVsc	AVcc
Normal				
Leve pérdida				
Baja Visión				
Ceguera				

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas

Según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA.

- | | |
|---|--------------|
| 1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? | si NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI no |
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI no |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI no |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS **SI** EN MAYÚSCULAS O **NO** EN MAYÚSCULAS

O SEA: **SI** = 1; si = 0; **NO** = 1; no = 0

TOTAL : _____

Una puntuación de **0 a 5** se considera normal, **6 a 10** indica depresión leve y **11 a 15** indica depresión severa.

Normal_____ Depresión Leve_____ Depresión Severa_____

Evaluable_____

Anexo 3. Consentimiento Informado

CLINICA LAS PEÑITAS S.A.S CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

NATURALEZA Y PROPÓSITO DEL TRABAJO

Este documento tiene como propósito autorizar su participación voluntaria en el estudio: **RELACION DE LA PÉRDIDAS SENSORIAL ÚNICA O DUAL CON SINTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN UNA CIUDAD DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE, 2015**. Su participación en el estudio, si lo acepta, consiste en responder a una encuesta sobre información personal de tipo demográfico como edad actual, nivel educativo, entre otras; diligenciar con asistencia de un entrevistador, el cuestionario “Escala Geriátrica abreviada de Depresión Yesavage” que se desarrollarán en forma de entrevista y se le aplicará una prueba visual, y una audiometría. También se le preguntará, si usted está de acuerdo en que vuelva a ser contactado para otras entrevistas o evaluaciones.

El objetivo de éste estudio es: Establecer la relación entre la pérdida sensorial única o dual con la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de la ciudad de Sincelejo, Sucre.

Este trabajo estará coordinado por un docente de la Universidad del Norte, Doctor en Salud Pública y una Profesional en Fonoaudiología, especialista en Audiología y candidato a Magister en Salud Pública, quienes garantizarán la confidencialidad de la información y el control riguroso de la misma, además usted podrá solicitar información acerca de sus resultados globales del estudio, si así lo desea.

BENEFICIOS

Si usted decide participar en el estudio contribuirá con el aporte de sus datos a la consecución de los objetivos y del propósito de esta investigación. Por ende, permitirá generar conocimiento sobre esta temática tan sensible en nuestro país y región a fin que posteriormente, previos resultados de la misma, se diseñen o implementen programas de promoción y prevención abordados desde los factores de riesgo sensibles de modificar.

CONFIDENCIALIDAD

Amparado bajo el principio ético de privacidad y confidencialidad se le informa que, para efectos del estudio, su identidad se mantendrá bajo estricta confidencialidad al igual que los datos que usted aporte en la encuesta y las pruebas, los cuales se utilizarán solo para fines de análisis estadísticos.

RIESGOS O COMPLICACIONES

Su participación en el estudio no acarrea ningún tipo de riesgo para su salud. La audiometría y la prueba visual no presentan ningún riesgo o molestia, usted puede sentir que algunas preguntas invaden su privacidad, sin embargo están realizadas de tal forma que usted no se sienta vulnerado o afectado. Usted es libre de no responder, sin embargo, para efectos de esta investigación le INSISTIMOS que responda a cada pregunta que se le aborda en el instrumento “Escala Geriátrica abreviada de Depresión Yesavage”

RETRIBUCIÓN O PAGOS

El docente y la candidata a magister en salud Pública de la Universidad del Norte NO recibirán pagos por realizar este estudio, sus fines son estrictamente académicos. Además las personas que participan en este estudio no recibirán ningún tipo de remuneración económica, debido a que en Colombia la legislación no lo permite.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee sin que ello le afecte.

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se le está invitando a participar puede contactarse con el docente asesor de la investigación, Rafael Tuesca Molina y la candidata a magister en salud pública, responsable del grupo de encuestadores y evaluadores, Karina Ucrós Fuenmayor al teléfono móvil: 3103528410.

Nombre y Firma del Informante _____

Dirección _____

Teléfono _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, de _____, certifico que conozco el estudio **“RELACION DE LA PÉRDIDAS SENSORIAL UNICA O DUAL CON SINTOMAS DE DEPRESION EN ADULTO MAYOR EN UNA CIUDAD DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE, 2015”** y acepto voluntariamente participar en la entrevista dirigida y en las dos pruebas que se aplicarán para el desarrollo de dicho estudio y autorizo a los investigadores a utilizar la información obtenida con fines académicos y científicos.

Comprendo que los investigadores tienen el compromiso de no permitir que mi identidad pueda ser conocida por personas distintas del grupo investigador y que solo utilicen la información estrictamente necesaria para el estudio, sin divulgar ninguna información que pueda afectar mi intimidad.

Firma del participante _____

Ciudad _____

Fecha _____

Anexo 4. Autorización Sitio Investigación



Anexo 5. Operacionalización variables

MACRO VARIABLES	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIACIÓN	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	PRESENTACION DE LA VARIABLE
Sociodemográficas	Edad	Tiempo de vida representado en años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Razón	60, 61, 62..... años	Entrevista
	Género	Condición orgánica que distingue a los seres humanos ya sea masculino o femenino.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Entrevista
	Estrato Socioeconómico	Clasificación que utiliza el Estado para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del DANE	Cualitativa	Ordinal	1,2,3,4,5,6	Entrevista
	Escolaridad	Conjunto de cursos que una persona completa en determinado centro de formación académica	Cualitativa	Nominal	Educación Básica Educación Secundaria. Universitaria. Post Gradual.	Entrevista
	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Entrevista
	Ocupación	la acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	cualitativa	Nominal	Empleado, docente, pensionado, ama de casa, sin ocupación, otro	Entrevista
Compromiso Sensorial	Perdida Sensorial Visual	Se refiere a cualquier grado de pérdida visual que afecta la habilidad de una persona para	Cuantitativa	Intervalar	Perdida leve. Baja visión moderada. Baja visión severa. Baja visión	Prueba de agudeza visual. Optotipo carta Snellen

		realizar las actividades usuales de la vida cotidiana aunque ésta use anteojos o lentes.			profunda. Ceguera.	
	Perdida Sensorial Auditiva	Se refiere al déficit funcional que ocurre cuando un sujeto pierde la capacidad de oír, en mayor o menor grado, sonidos que normalmente puede oír el ser humano y se puede dar de manera unilateral o bilateral	Cuantitativa	Intervalar	Hipoacusia Leve Hipoacusia Moderada Hipoacusia severa Hipoacusia profunda Sordera	Audiometría
	Perdida Sensorial Dual	Es la presencia en una persona tanto de pérdida auditiva como visual en cualquier grado de clasificación.	Cuantitativa	Intervalar	Hipoacusia Leve, Hipoacusia moderada, hipoacusia severa, hipoacusia profunda, sordera y pérdida visual leve, baja visión moderada, baja visión severa, baja visión profunda, ceguera	Prueba de agudeza visual. (Optotipo carta Snellen), Audiometría
Depresión	Depresión	Diagnóstico presuntivo de depresión por aplicación de "Escala Geriátrica de depresión Yesavage"	Cualitativa	Nominal	Normal Depresión leve Depresión severa.	Aplicación Escala Geriátrica de Depresión abreviada.